

**MANUEL D'INDICATEURS POUR L'EVALUATION  
DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

Jane T. Bertrand  
Robert J. Magnani  
James C. Knowles

Numéro du contrat: DPE-3060-C-00-1054-00

## Remerciements

Nous tenons à faire mention du soutien et de la contribution apportés par l'Office de la population, Agence des Etats-Unis pour le développement international (Numéro du Contrat de l'USAID: DPE-3060-C-00-1054-00) et nous remercions l'Office d'avoir rendu possible cette publication.

Les auteurs tiennent à faire une mention spéciale des nombreux membres de la communauté internationale qui ont participé aux groupes de travail organisés dans le modèle du Projet EVALUATION. Ces réunions ont permis de faire une analyse et, par la suite, d'arriver à se mettre d'accord sur un grand nombre des indicateurs donnés dans le présent Manuel. Les noms des personnes participant à ces groupes sont donnés dans les comptes rendus des différentes réunions. Bien que le groupe soit trop nombreux pour qu'on puisse mentionner les noms dans cette section, nous lui sommes reconnaissants du temps et de l'effort qu'il a investi dans ce travail.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à plusieurs personnes qui ont contribué à la préparation des avant-projets utilisés dans le Manuel: Barbara Seligman et Marc Mitchell (section sur la gestion); Lynne Gaffikin et Lisanne F. Brown (Formation); John Stover, Susan Smith et Rich Owens (Produits et Logistique); Phyllis T. Piotrow, D. Lawrence Kincaid et Young-Mi Kim (Information-Education-Communication) et Naomi Rutenberg (Demande de la planification familiale, pratique de la contraception et impact sur la fécondité).

Nous tenons à remercier Mme Myrna Seidman pour ses idées concernant la présentation utilisée pour les indicateurs, M. Trevor Croft qui a fourni les résultats de certains des calculs donnés à titre d'exemple et Mme Kimberly Meyer-Ramirez qui a aidé à compiler le texte. En ce qui concerne la conception et la présentation du document final, un grand merci à Sue Koenigshofer (SCK Design), à Laura Kline (the Carolina Population Center) et à John Jaszczak (Data Spectrum Inc.)

Plusieurs personnes ont revu et ont commenté les avant-projets du Manuel. Les réviseurs externes sont: Jay Bainbridge, R.A. Bulatao, Snehendu B. Kar, Mark Laskin, W. Parker Mauldin, John Ross, Martin Vaessen et Ann Way. Les membres du Projet EVALUATION comprennent: Krista Stewart (Conseillère technique, USAID/Washington); Amy Tsui, Al Hermalin, Sharon Kirmeyer, Linda Lacey, Naomi Rutenberg, Krishnamurthy Srinivasan, John Stover et James Veney.

Remerciant tous ceux qui ont participé à ce travail, les auteurs prennent l'entière responsabilité du contenu du présent document.

## **TABLE DES MATIERES**

**Liste des indicateurs**

**Liste des sigles**

### **Chapitres**

**I Vue d'ensemble du Manuel**

**II Indicateurs de mesure du contexte politique**

**III Indicateurs de mesure des activités du service**

- A. Management
- B. Formation
- C. Produits et logistique
- D. Information-Education-Communication (IEC)
- E. Recherche et évaluation

**IV Indicateurs de mesure des sorties des services de planification familiale**

- A. Accessibilité
- B. Qualité des soins
- C. Image du programme

**V Indicateurs de mesure de la demande d'enfants (demande de fécondité)**

**VI Indicateurs de mesure de la demande de planification familiale**

**VII Indicateurs de mesure d'utilisation des services**

**VIII Indicateurs de mesure de la pratique de la contraception**

**IX Indicateurs de mesure d'impact sur la fécondité**

**X Etapes futures dans l'élaboration d'indicateurs pour l'évaluation de la planification familiale**

**Références**

### **Annexes**

**A. Liste de tous les indicateurs par source primaire de données**

- B. Indicateurs en vue d'évaluer le domaine fonctionnel du management**
- C. Indicateurs de qualité pour des programmes de planification familiale réalisés en milieu clinique**
- D. Indicateurs d'évaluation de la recherche opérationnelle**
- E. Exemple de calcul de besoin non satisfait**

## LISTE DES INDICATEURS

### Chapitre      Indicateurs

#### II      **Indicateurs de mesure du contexte politique**

- ◆ Existence d'un plan de formulation des politiques
- ◆ Nombre d'analyses de politiques diffusées adéquatement
- ◆ Nombre d'événements de sensibilisation dirigés vers les responsables
- ◆ Existence d'un plan stratégique pour l'expansion du programme national de planification familiale
- ◆ Intégration de données démographiques au plan de développement
- ◆ Nombre de déclarations des dirigeants en faveur de la planification familiale
- ◆ Politique officielle en matière de population traitant de la fécondité et de la planification familiale
- ◆ Coordination du programme national de planification familiale
- ◆ Statut du programme de planification familiale au sein de l'Administration publique
- ◆ Importance des droits d'importation et autres taxes
- ◆ Restrictions pesant sur l'activité publicitaire pour les contraceptifs par le biais des mass média
- ◆ Absences de restrictions injustifiées pour les prestataires de services
- ◆ Absences de restrictions injustifiées pour les utilisatrices
- ◆ Ressources du secteur public consacrées à la planification familiale, exprimées en pourcentage du PIB
- ◆ Qualité de la direction du programme
- ◆ Importance de la participation du secteur commercial

#### III      **Indicateurs de mesure des activités de services**

##### A.      **Management**

- ◆ Existence d'une mission claire qui aide à atteindre les buts du programme
- ◆ Réalisation des buts opérationnels
- ◆ Structure organisationnelle clairement définie
- ◆ Adéquation des effectifs
- ◆ Connaissance de la situation financière courante
- ◆ Accès à des informations courantes sur les domaines-clés du fonctionnement du programme
- ◆ Accès à des informations courantes sur l'état d'avancement du programme
- ◆ Capacité de suivi des produits

##### B.      **Formation**

- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui atteignent les objectifs d'apprentissage
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui aident à atteindre les objectifs du programme sur le plan de la formation
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers où les méthodes pédagogiques conviennent au transfert de compétences et de connaissances
- ◆ Nombre de participants par type
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui maîtrisent les connaissances requises
- ◆ Nombre/pourcentage de participants compétents pour fournir un service spécifique de planification familiale
- ◆ Nombre/pourcentage de prestataires formés jugés compétents à un moment donné après la formation
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui appliquent les aptitudes une fois de retour sur les lieux du travail.

### **C. Produits et logistique**

- ◆ Déperditions dans le pipeline
- ◆ Pourcentage de la capacité de stockage répondant à des normes acceptables
- ◆ Fréquence des ruptures de stock
- ◆ Pourcentage de points de services approvisionnés selon le plan
- ◆ Pourcentage de personnel-clé formé en matière de logistique des contraceptifs
- ◆ Indicateur composite pour les produits et la logistique

### **D. Information - Education - Communication**

- ◆ Nombre de communications réalisées, par type, pendant une période de référence
- ◆ Nombre de communications diffusées, par type, pendant une période de référence
- ◆ Pourcentage de la population ciblée exposée aux messages du programme, basé sur le rappel des répondants
- ◆ Pourcentage de la population ciblée qui comprend correctement le message donné
- ◆ Nombre de méthodes de contraception connues
- ◆ Pourcentage du public acquérant les compétences pour effectuer une tâche donnée suite à son exposition à une communication spécifique
- ◆ Pourcentage de la population ciblée exposée à un message spécifique indiquant apprécier le message
- ◆ Nombre/pourcentage de la population ciblée discutant des messages avec d'autres personnes, par type
- ◆ Pourcentage de la population ciblée recommandant la planification familiale

### **E. Recherche et évaluation**

- ◆ Présence d'une unité active de recherche et d'évaluation
- ◆ Degré d'utilisation d'un système de statistiques de services
- ◆ Réalisation d'enquêtes périodiques auprès des ménages et/ou d'études à but spécial
- ◆ Recherche opérationnelle (RO)
- ◆ Evaluations régulières du processus
- ◆ Evaluation de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact
- ◆ Utilisation des résultats de la recherche et de l'évaluation pour la modification du programme
- ◆ Diffusion des résultats de la recherche et de l'évaluation

#### **IV Indicateurs de mesure des sorties des services de planification familiale**

##### **A. Accessibilité**

- ◆ Nombre de points de services situés à telle distance ou tel temps de déplacement de la communauté (à savoir, densité de service)
- ◆ Coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs en tant que pourcentage du salaire mensuel
- ◆ Politiques restrictives du programme concernant le choix de contraceptifs
- ◆ Pourcentage du groupe ciblé qui connaît au moins une source de services et/ou de produits contraceptifs
- ◆ Pourcentage de non-utilisation liée à des barrières psychosociales

##### **B. Qualité des soins**

- ◆ Nombre de méthodes contraceptives disponibles dans un point de services spécifique
- ◆ Pourcentage de séances de counseling avec de nouveaux accepteurs pendant lesquelles le prestataire de services discute de toutes les méthodes
- ◆ Pourcentage de visites de clientes pendant lesquelles le prestataire réalise avec compétence les procédures cliniques, notamment les techniques de prévention des infections
- ◆ Pourcentage de clientes indiquant passer "un temps suffisant" avec le prestataire de services
- ◆ Pourcentage de clientes informées des dates et des sources pour le réapprovisionnement/revisite
- ◆ Pourcentage de clientes qui pensent que les heures/jours sont pratiques

##### **C. Image du programme**

- ◆ Nombre et type d'activités en vue d'améliorer l'image publique de la planification familiale pendant une période de référence.
- ◆ Pourcentage du groupe ciblé favorable au programme (national) de planification

familiale

**V Indicateurs de mesure de la demande d'enfants (demande de fécondité)**

- ◆ Taille idéale de la famille
- ◆ Désir d'enfants supplémentaires
- ◆ Nombre ou proportion de naissances précédentes désirées
- ◆ Indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS)

**VI Indicateurs de mesure de la demande de planification familiale**

- ◆ Demande de limitation
- ◆ Demande d'espacement
- ◆ Demande totale (de planification familiale)
- ◆ Besoin non satisfait en matière de planification familiale
- ◆ Satisfaction de la demande de planification familiale

**VII Indicateurs de mesure d'utilisation des services**

- ◆ Nombre de visites dans les points de prestation de services
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes dans l'institution
- ◆ Nombre d'acceptantes d'un nouveau segment
- ◆ Couple-années de protection (CAP)
- ◆ Distribution par méthode
- ◆ Caractéristiques des utilisatrices
- ◆ Taux de continuité

**VIII Indicateurs de mesure de la pratique de la contraception**

- ◆ Taux de prévalence de la contraception (TPC)
- ◆ Nombre d'utilisatrices courantes
- ◆ Niveau d'utilisation passée
- ◆ Source d'approvisionnement (par méthode)
- ◆ Distribution par méthode
- ◆ Caractéristiques des utilisatrices
- ◆ Taux de continuité
- ◆ Taux d'échec de l'utilisation

**IX Indicateurs de mesure d'impact sur la fécondité**

**A. Niveau de fécondité**

- ◆ Taux brut de natalité (TBN)

- ◆ Taux de fécondité par âge (TFA)
- ◆ Indice synthétique de fécondité (ISF)

**B. Naissances évitées**

- ◆ Naissances évitées (par le programme)

**C. Autres indicateurs**

- ◆ Taux de fécondité par parité
- ◆ Proportion de naissances supérieures (ou inférieures) à une parité spécifiée
- ◆ Proportion de naissances chez les femmes d'un âge supérieur ou inférieur à une valeur spécifiée
- ◆ Durée médiane des intervalles intergénésiques
- ◆ Proportion d'intervalles intergénésiques ouverts ou fermés d'une longueur spécifiée ou plus longue
- ◆ Indice synthétique de fécondité non souhaitée (ISFN)

## LISTE DES SIGLES

### **Terminologie**

Input	Entrée
Process	Processus
Output	Sortie
Outcome	Effet
Counseling	Counseling
Focus Group	Groupe de discussion focalisée

### **Sigles techniques**

CAP	Couple-années de protection
CAP	Connaissances-attitudes-pratiques
CAPS	Couple-années de protection standard
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
DC	Distribution communautaire
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de la santé
EMS	Enquête mondiale sur la santé
EPC	Enquête de prévalence de la contraception
EPF	Enquête de planification familiale
IEC	Information-Education-Communication
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISFN	Indice synthétique de fécondité non souhaitée
ISFS	Indice synthétique de fécondité souhaitée
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PPS	Point de prestation de services
RO	Recherche opérationnelle
SIG	Système d'informations en gestion
SIGL	Système d'informations en gestion logistique
TBN	Taux brut de natalité
TFA	Taux de fécondité par âge
TFAM	Taux de fécondité par âge marital
TPC	Taux de prévalence de la contraception

## **Sigles d'organisations**

AID	Agence pour le développement international
APROFAM	Asociacion ProBienestar de la Familia (Guatemala)
CDC	Centers for Disease Control
CEDPA	Center for Development and Population Activities
FHI	Family Health International
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ONG	Organisation non gouvernementale
RAPID	financé par l'A.I.D. - Ressources pour l'analyse de la population et de son impact sur le développement
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

## **Chapitre I**

### **Vue d'ensemble**

- ◆ Introduction
- ◆ Objectifs du Manuel
- ◆ Population ciblé
- ◆ Contribution des divers groupes au présent Manuel
- ◆ Utilisation du Manuel
- ◆ Agencement du Manuel
- ◆ Vue générale du modèle conceptuel
- ◆ Type d'indicateurs: entrées, processus, sorties et effets
- ◆ Sources de données
- ◆ Classement des indicateurs
- ◆ Mise à jour prévue du présent Manuel

## **Chapitre I**

### **Vue d'ensemble du Manuel**

La planification familiale a fait l'objet d'un plus grand travail d'évaluation que pour tout autre type d'intervention sociale ou de santé publique. Cet effort tenait à l'engagement soutenu de la part de gouvernements, de bailleurs de fonds internationaux et de chercheurs particuliers qui se sont penchés pendant des décennies sur les mécanismes expliquant l'utilisation de la contraception et la diminution de la fécondité. Récemment, l'intérêt accordé au rôle que joue la planification familiale pour la santé maternelle et infantile et son importance en tant que droit humain fondamental ont encore incité davantage à évaluer ces programmes.

Une grande partie des premiers travaux d'évaluation de la planification familiale, remontant aux années 60 et 70 se concentraient sur des effets particuliers, notamment l'utilisation de la contraception et les taux de la fécondité. Mais, au fur et à mesure que le domaine a évolué, une attention considérable a également été accordée aux divers volets constituant le programme entier et aux résultats dans ces domaines fonctionnels. Trente années de travail intense ont dégagé un grand nombre d'indicateurs mesurant la performance et l'impact des programmes de planification familiale. On peut les trouver dans la littérature exhaustive sur l'évaluation de la planification familiale. Les concepts et les définitions-clés sont récapitulés dans une publication des Nations Unies sur la méthodologie d'évaluation des programmes de planification familiale (Nations Unies, 1986).

En dépit de cette riche expérience et vaste documentation concernant l'évaluation de la planification familiale, il existe deux grandes carences en ce qui concerne les indicateurs dans ce domaine. Premièrement, les définitions des indicateurs utilisées pour évaluer les programmes de planification familiale manquent de constance. Deuxièmement, les divers indicateurs disponibles dans la littérature sur la planification familiale n'ont jamais été compilés en un seul document, facilement accessible et d'emploi facile. Le présent Manuel est conçu de sorte à pallier à ces deux lacunes.

### **Objectifs du Manuel**

Le Manuel présente une liste détaillée des indicateurs utilisés couramment pour évaluer les programmes de planification familiale dans des pays en développement. De plus, les indicateurs sont organisés selon le modèle conceptuel mis au point par le Projet EVALUATION qui suit les voies empruntées par les programmes pour arriver à des résultats (sorties) et qui fournit un canevas logique pour mettre au point un plan d'évaluation.

Certaines activités d'évaluation ont eu tendance, par le passé, à traiter les opérations des programmes de planification familiale comme "une boîte noire" alors que le présent modèle montre comment les programmes peuvent arriver à des résultats tant au niveau du programme qu'au niveau de population. Aussi, outre le fait de voir si le programme a atteint le résultat ou la sortie souhaitée au niveau population, on peut également parcourir les différentes composantes du système pour identifier les points forts pouvant être renforcés et les insuffisances à corriger.

Voici les objectifs spécifiques du présent Manuel:

- ◆ distinguer les divers niveaux nécessitant des indicateurs d'évaluation de la planification familiale (niveau programme versus niveau population);
- ◆ compiler en un seul volume les indicateurs jugés les plus utiles pour l'évaluation des programmes de planification familiale;
- ◆ définir ces indicateurs pour harmoniser les termes entre les divers programmes, pays et bailleurs de fonds; et
- ◆ promouvoir l'évaluation des programmes en faisant connaître les indicateurs et en facilitant leur utilisation.

### **Public ciblé**

Plusieurs publics devraient trouver le présent Manuel très pertinent dans le modèle de leur propre travail, notamment:

1. Les administrateurs/responsables des programmes de planification familiale du monde entier
  - ◆ pour déterminer si les évaluations faites par leur propre personnel ou par des groupes externes incluent les indicateurs-clés de l'évaluation de la performance des programmes.
  
2. Le personnel des organisations internationales de planification familiale responsable de la conception et de l'évaluation de projets réalisés conjointement avec des institutions des pays hôtes
  - ◆ pour comparer les définitions des indicateurs utilisés actuellement et les définitions opérationnelles données dans le présent Manuel pour faire concorder les termes;
  - ◆ pour choisir dans ce "menu" des indicateurs possibles lorsqu'on élabore un plan d'évaluation pour les activités en cours et/ou les activités futures;
  - ◆ pour identifier les sorties éventuelles des différents domaines fonctionnels qu'on pourra attribuer aux activités réalisées dans ces mêmes domaines; et
  - ◆ pour reconnaître la difficulté à relier directement les activités des domaines fonctionnels aux effets sur la population, sauf lorsqu'on utilise une conception expérimentale ou quasi expérimentale.
  
3. Les spécialistes de l'évaluation chargés de faire le suivi de la performance et d'évaluer

l'efficacité des programmes de planification familiale dans des contextes particuliers

- ◆ (idem que pour le personnel des organisations internationales de planification familiale, susmentionné); et
- ◆ pour connaître les dangers liés à l'utilisation d'indicateurs spécifiques cités dans l'évaluation.

4. Les chercheurs effectuant des travaux appliqués en planification familiale et les démographes intéressés par des changements de la fécondité

- ◆ pour utiliser le modèle conceptuel décrit ici pour la recherche opérationnelle et autres types de projets de recherche appliquée; et
- ◆ pour élargir l'approche traditionnelle de l'analyse de la diminution de la fécondité, basée sur les déterminants structurels de la demande en matière de fécondité, et inclure un examen plus détaillé du contexte de l'offre de la planification familiale

et

de son impact sur l'utilisation de la contraception/diminution de la fécondité.

### **Contribution des divers groupes au présent Manuel**

La compilation effective du présent Manuel a été faite dans le modèle du Projet EVALUATION mais de nombreux groupes et particuliers ont apporté leur concours:

#### *Organismes collaborateurs de l'USAID (OC)*

Au début de 1992, un questionnaire a été envoyé à tous les OC de l'Office de population pour déterminer les types d'indicateurs qu'eux-mêmes (ou leurs collaborateurs dans les pays hôtes) utilisent pour évaluer la performance et l'impact. Les indicateurs cités le plus souvent par les répondants sont inclus dans ce Manuel.

#### *Groupes de spécialistes dans des domaines fonctionnels*

La présente première édition du Manuel a bénéficié des connaissances approfondies de six groupes de travail organisés sous les auspices du Projet EVALUATION. Ces groupes étaient surtout composés du personnel de l'Office de la population de l'USAID et de ses organismes collaborateurs. Le travail était axé sur six domaines fonctionnels: politiques, gestion, formation, produits et logistique, recherche opérationnelle et prestation de services. Le Groupe de travail chargé de la prestation de services s'est surtout concentré sur la qualité des soins. Les experts de l'USAID dans le domaine de la population se sont penchés sur les indicateurs présentés dans ce Manuel pour les politiques, la gestion, la formation, les produits et la logistique, la recherche et la qualité des soins.

Le Manuel intègre également les conclusions de trois groupes de travail antérieurs. Deux de ces groupes étaient des sous-comités réunis au sein d'une équipe spéciale de l'USAID chargée d'améliorer les indicateurs de performance des programmes de planification familiale (équipe opérationnelle de 1986 à 1991):

- ◆ le Sous-Comité sur la qualité des soins (Sous-Comité travaillant sur les indicateurs de la qualité dans les services de planification familiale, 1990), et
- ◆ le Sous-Comité des enquêtes, du SIG et des études spéciales (Equipe spéciale de l'USAID, 1987).

Le troisième groupe, dont les travaux ont contribué au présent Manuel, a été formé par la Division Information et Formation de l'Office de population:

- ◆ le Groupe de travail pour l'évaluation (couvrant la formation, l'information- l'éducation- la communication, et la gestion) (Landry, 1992).

### *Personnel du Projet EVALUATION*

Des responsables du Projet EVALUATION ont contribué à diverses sections et ont revu le document entier. L'expérience dont disposent ces personnes en matière d'évaluation de la planification familiale et le fait qu'elles ont utilisé les indicateurs relatifs à des projets en cours ont rendu leur assistance fort précieuse.

### **Utilisation du Manuel**

La compilation de cet inventaire d'indicateurs en vue d'uniformiser la définition de termes a généralement été reçue avec enthousiasme au sein de la communauté internationale spécialisée dans les questions de population. Toutefois, il existe une certaine appréhension quant au but d'un tel Manuel. En effet, les OC (organismes basés aux Etats-Unis qui reçoivent un financement de l'USAID pour promouvoir et réaliser les activités de planification familiale dans les pays en développement) ne se sentiraient-ils pas obligés de changer la façon dont ils travaillent pour "obtenir de bons résultats ou de bons scores" par rapport à tel ou tel indicateur? Est-ce que la comparaison entre les programmes des divers pays serait le critère régissant l'allocation de crédits? Est-ce que les institutions des pays hôtes se sentiraient obligées d'appliquer au pied de la lettre cet ensemble d'indicateurs alors que cela ne répond pas aux besoins locaux? Est-ce que les chercheurs se sentiraient obligés de suivre la liste prescrite d'indicateurs?

Le présent Manuel est une référence devant servir à l'entière communauté internationale se penchant sur les questions de population. Il ne donne pas d'instructions pratiques pour planifier et réaliser des évaluations.<sup>1</sup> Au contraire, le présent Manuel est *un ensemble*

---

<sup>1</sup> D'autres références sont disponibles sur les étapes à suivre pour faire des évaluations des programmes de planification familiale, dont notamment le volume récent de Garcia-Nuñez (1992). En outre, le Projet EVALUATION est en train d'élaborer un manuel sur la conception et l'exécution des plans d'évaluation pour des

*d'indicateurs pouvant être choisis évaluer des programmes nationaux ou régionaux de planification familiale.*

**Il convient de souligner qu'aucun programme ne devrait essayer d'utiliser tous les indicateurs mentionnés dans le présent Manuel.** De fait, aux fins de suivi routinier, il est préférable de choisir quelques indicateurs pertinents faciles à collecter, à interpréter et à examiner. Ensuite, des études spéciales peuvent être faites pour évaluer la performance des programmes dans des domaines intéressant tout particulièrement le personnel du programme (études réalisées progressivement de sorte à minimiser le travail de recherche pour l'organisation).

Le manque d'uniformité des indicateurs et termes en matière de population ne tiennent pas à une déviation consciente de l'utilisation standard mais plutôt au manque d'une source centrale où obtenir une "définition type." Ce problème est plus courant avec les indicateurs du processus et des sorties, comme par exemple les "nouveaux acceptants", que pour les mesures démographiques fondées sur des enquêtes démographiques et de santé.

Certaines organisations de planification familiale constateront que certaines définitions données dans le présent Manuel ne concordent pas avec leur propre définition opérationnelle de ces termes. Dans ce cas, une décision s'impose quant à ce qui convient le mieux. S'il n'est pas trop difficile de procéder au changement, l'organisation souhaitera probablement suivre la pratique établie bien que, parfois, il soit bon de s'en tenir aux définitions existantes dans des contextes spécifiques. Même si une organisation choisit de ne pas accepter les présentes définitions, elle rendrait service à la communauté internationale de la population en expliquant (dans des rapports qui seront circulés à l'extérieur de l'institution) la distinction entre sa propre définition des termes et celle donnée dans le présent Manuel.

De même, les chercheurs ne sont nullement tenus par les définitions utilisées ici puisque d'autres définitions, dont les "hybrides," pourraient être tout aussi valides dans des contextes particuliers. Et pourtant, l'existence même d'un ensemble uniforme d'indicateurs/définitions permettra d'arriver à une meilleure vision des choses s'il arrive que le chercheur et le responsable de l'évaluation d'un programme choisissent de définir différemment des termes et expliquent le bien-fondé de cette décision.

Mais, en général, les chercheurs, les responsables de l'évaluation et les administrateurs du programme:

- ◆ utilisent déjà certains des indicateurs définis ici; ou
- ◆ sont contents d'avoir des directives sur des indicateurs pas encore utilisés mais pouvant bénéficier à l'organisation ou à une évaluation spécifique.

Dans la mesure où il n'existe aucune autre définition d'un indicateur qui est déjà utilisé, il

---

programmes nationaux de planification familiale qui sera un volume accompagnant le présent Manuel.

est bon d'adopter une définition uniforme permettant un emploi constant de l'indicateur entre projets, programmes et pays. Cette uniformité des termes facilitera la compréhension des données signalées à partir des différentes sources et permettra des comparaisons plus valides entre pays.

Nombreux sont ceux qui ont demandé "**Quels sont les 10 à 15 indicateurs-clés essentiels pour évaluer les programmes de planification familiale dans le monde entier?**" La réponse dépend entièrement du but de l'évaluation. Certains indicateurs très utilisés sur les effets (prévalence de la contraception, indice synthétique de fécondité) font partie de la plupart des évaluations nationales. En outre, la plupart des programmes vont suivre au moins une mesure de sortie, par exemple les nouvelles utilisatrices ou le couple-années de protection (CAP). Mais au-delà, les indicateurs les plus importants pour un plan d'évaluation varieront suivant les objectifs du programme, les domaines prioritaires au sein du programme et la disponibilité de données.

Les indicateurs présentés dans ce Manuel ne sont de loin pas exhaustifs. Au contraire, ils ne font qu'effleurer certains des domaines fonctionnels. Ils visent à fournir un modèle général permettant de concevoir une évaluation. Par exemple, un responsable de programme désirant obtenir un feed-back sur un atelier de formation couvrant de multiples thèmes pourrait penser, à première vue, que les indicateurs-sortie fournis ici sont très sommaires, par exemple:

- ◆ nombre ou pourcentage de participants qui ont maîtrisé les connaissances pertinentes, et
- ◆ nombre ou pourcentage de participants qui appliquent par la suite les compétences dans leur travail.

Toutefois, ces indicateurs permettent d'esquisser les grands traits d'une évaluation effective. Après l'atelier, un participant devra répondre à 30 ou 50 questions cognitives. Son travail sera observé pour 10, 20 ou plus de tâches sur les lieux du travail. Vu que ces éléments se rapportent spécifiquement à un programme de formation donné, ils ne sont pas élaborés dans le détail ici. Toutefois, les catégories générales d'indicateurs serviront à élaborer les instruments d'évaluation pour des applications spécifiques.

Le présent Manuel vise à améliorer l'évaluation des programmes aux fins de renforcer la prestation des services de planification familiale au sein du programme national ou régional de planification familiale d'un pays donné. Il ne vise pas à faire un bilan comparant un pays à un autre aux fins de futures décisions de financement. Bien que ce Manuel soit conçu pour encourager une plus grande constance dans l'utilisation des termes d'un pays ou d'un programme à l'autre, il est important de reconnaître que le contexte socioéconomique et culturel dans lequel fonctionnent les programmes varie grandement d'un pays à l'autre. Par exemple, il est bien plus facile pour une campagne médiatique de planification familiale d'arriver à certains niveaux de couverture dans un petit pays dont la population est monolingue, dont le système de communication est bien développé et où il existe une politique publique favorable face à la planification familiale que dans un pays où il n'existe pas toutes ces conditions. De même, il est important de tenir compte du résultat en nombre absolu d'habitants car le changement n'est pas toujours apparent dans les pourcentages et taux. Il est certes plus difficile de mettre en place un système de logistique qui fonctionne bien en Inde (ou même dans un des états de l'Inde) que dans

un pays avec un niveau socioéconomique analogue mais avec un nombre d'habitants nettement moindre.

Si les comparaisons interpays concernant certaines variables sont inévitables et souvent fort utiles pour la communauté internationale de la population (Baldwin, 1992), les résultats obtenus pour ces indicateurs concernant l'évaluation de la planification familiale peuvent être mal utilisés s'ils ne sont pas interprétés dans le contexte spécifique au pays. Dans de nombreux cas, il sera bien plus productif de comparer l'évolution dans le temps des indicateurs d'un programme donné plutôt que d'utiliser les indicateurs pour des comparaisons entre pays.

## **Agencement du Manuel**

Ce Manuel est organisé autour d'un modèle conceptuel qui retrace les voies empruntées par des programmes de planification familiale pour arriver à un impact dans un pays donné.

Le terme **programme de planification familiale** se rapporte à un programme organisé la plupart du temps sous les auspices du gouvernement souvent d'ailleurs avec la participation du secteur privé (associations de planification familiale, médecins privés) et du secteur commercial qui fournit l'information, les produits et les services pour des méthodes modernes de régulation des naissances à tous ceux intéressés (Ross, 1992). Dans ce sens, nous incluons d'autres organisations non gouvernementales (ONG) fournissant des moyens de contraception sous les auspices du programme national.

Les programmes de planification familiale ont tendance à se donner l'un des trois buts suivants: diminuer les taux de fécondité, améliorer l'état de santé de la mère ou de l'enfant ou élargir le choix de moyens contraceptifs pour les femmes. Dans certains cas, l'objectif que se donne un programme visera à augmenter la prévalence de la contraception mais, généralement, cet objectif est motivé par l'un des trois facteurs susmentionnés.

Dans la présente édition du Manuel, nous nous attachons au premier de ces objectifs (réduction de la fécondité) et nous expliquons dans le détail les processus par le biais desquels les programmes changent les comportements et arrivent à avoir un impact.<sup>2</sup> Il convient de noter que le modèle conceptuel présenté ici pourrait être facilement adapté et utilisé pour évaluer les programmes de planification familiale conçus pour améliorer l'état de santé ou renforcer le choix en matière de reproduction.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> La décision de se concentrer sur la fécondité se rapporte aux objectifs originaux du Projet EVALUATION. Ces objectifs ont certes évolué et englobent un champ plus élargi, y compris la santé maternelle et le choix en matière de reproduction. Mais ce changement n'est que relativement récent. Ces autres résultats seront couverts dans la version ultérieure du Manuel, décrit au Chapitre X.

<sup>3</sup> Par le passé, la cible principale des services de planification familiale était les adultes (surtout des femmes) mariées. Mais, au fur et à mesure que les programmes fournissent une gamme plus élargie de services de santé reproductive, il faut également augmenter le nombre d'indicateurs pour tenir compte des besoins des jeunes non mariés, des couples inféconds, des hommes et des prostituées.

Si l'un des objectifs consiste à diminuer la fécondité, il existe un certain nombre de facteurs dont il faut tenir compte (dont nombreux d'ailleurs sont inclus comme indicateurs dans ce Manuel). Par exemple, existe-t-il un besoin d'espacer ou de limiter les naissances? La population connaît-elle les méthodes de PF disponibles? A-t-elle accès aux services de planification familiale? Le programme de planification familiale bénéficie-t-il d'une image positive attirant de nouvelles clientes? La qualité des services est-elle suffisamment bonne pour garantir un emploi correct et durable des méthodes de contraception?

Le modèle conceptuel mis au point dans le modèle du Projet EVALUATION (Tsui et al., 1992) est à la base de l'organisation du Manuel. Les indicateurs donnés ici correspondent aux volets du modèle conceptuel. Les cases indiquées dans les Figures I-1 et I-2 correspondent aux titres des Chapitres II-IX, "Indicateurs à mesurer"

- ◆ Contexte politique
- ◆ Opérations de prestation de services
- ◆ Sorties de services
- ◆ Demande d'enfants
- ◆ Demande de planification familiale
- ◆ Utilisation de services
- ◆ Pratique de la contraception
- ◆ Fécondité

### **Vue générale du modèle conceptuel**

Dans tout pays, il existe de multiples facteurs socioéconomiques et culturels qui agissent de concert au niveau de la société pour déterminer les normes de la taille de la famille. Conjugés aux caractéristiques sociodémographiques et aux facteurs psychosociaux, ils influencent la taille souhaitée de la famille. Le niveau de développement socioéconomique, le degré d'urbanisation, la demande de main-d'œuvre infantile, le soutien apporté aux personnes âgées et leur sécurité économique, le coût de l'éducation des enfants, les taux de mortalité infantile, les niveaux d'instruction de la femme, le statut de la femme, les structures de la famille élargie, les modes conjugaux et les coutumes religieuses sont autant d'exemples de facteurs-clés qui déterminent la demande d'enfants dans une société donnée. Dans la littérature sociologique, ces facteurs sont appelés des déterminants structurels. Par le passé, ils soutenaient des niveaux élevés de la fécondité dans les pays à faibles revenus.

Mais la demande d'enfants est également influencée par l'offre de services de planification familiale. En effet, une plus grande disponibilité des services de planification

familiale permet non seulement de répondre à la demande latente d'espacement ou de limitation des naissances mais également de créer une demande supplémentaire en fournissant aux couples un plus grand choix de méthodes contraceptives.

Les facteurs au niveau de l'offre dans le modèle des programmes de planification familiale représentés dans une case de la Figure I-1 sont repris plus en détails sur la Figure I-2 de la page suivante. Dans la grande majorité des pays en développement, l'assistance externe au développement a été le catalyseur de l'expansion des services de planification familiale (exception faite de la Chine), influençant tant les systèmes politiques/administratifs que la structure organisationnelle.

Le pivot du développement d'un solide programme de planification familiale est le système politique et administratif dans le modèle duquel évoluera le programme. Le soutien politique est un des facteurs-clés de la réussite des programmes. L'octroi de ressources, l'utilisation des services et les incitations pour l'utilisatrice ainsi que le recouvrement des coûts détermineront l'adéquation des établissements, du personnel, de l'équipement, des produits et d'autres matériels dont a besoin un programme pour assurer sa viabilité. Les codes et les réglementations juridiques influenceront l'approvisionnement en contraceptifs dans le pays, le nombre de méthodes autorisées, les caractéristiques des personnes ayant droit à ces services et les questions connexes régissant l'accès à la contraception. Les systèmes politiques et administratifs pour la planification familiale sont influencés par des facteurs culturels et politiques pris dans un sens plus large.

Les politiques d'un programme influencent également la manière dont la planification familiale est organisée dans un pays donné: l'infrastructure disponible pour la prestation de services, le degré d'intégration de la planification familiale avec d'autres secteurs du gouvernement, les types de stratégies utilisées (services cliniques, distribution à base communautaire et marketing social des contraceptifs) ainsi que la part que détiennent les secteurs public et privé dans ces activités.

Un programme complet de planification familiale suppose un certain nombre d'opérations (appelées ailleurs systèmes de soutien, sous-systèmes ou domaines fonctionnels). Ces opérations correspondent de près aux divisions trouvées dans la plupart des programmes de planification familiale publics ou privés: gestion, supervision, formation, produits et logistique, information-éducation-communication (IEC) et recherche-évaluation. En bref, les entrées du programme de planification familiale sont investies dans un ensemble d'activités ("processus") qui correspondent à ces domaines fonctionnels.

Quels sont les résultats que les programmes espèrent obtenir par le biais de cet investissement de ressources humaines et financières dans un ensemble défini d'activités? Le premier résultat concerne l'adéquation des services, en se plaçant du point de vue de la cliente. De manière plus spécifique, les programmes cherchent à améliorer la quantité et la qualité des services de contraception disponibles pour l'éventuelle cliente, tant dans le secteur public (programme gouvernemental) que dans le secteur privé (ONG, médecins privés, pharmacies ou autres points de vente commerciaux). Parallèlement, par le truchement des activités

d'information-éducation-communication (IEC), ils cherchent à rendre plus acceptable le climat social pour la planification familiale de sorte à ce que les clientes soient soutenues dans leur décision de pratiquer la contraception.

L'adéquation des services de planification familiale est mesurée en termes de **sorties de services**. Le terme **sortie** (output) se rapporte aux résultats obtenus au niveau du programme. **Service** se rapporte à l'objectif visant à améliorer le système de prestation. Les sorties de services peuvent être classées et évaluées par rapport à trois dimensions:

- . L'accessibilité des services de planification familiale;
- . La qualité des services; et
- . L'image/acceptabilité du programme.

En rendant les services plus accessibles et plus satisfaisants pour les éventuelles clientes, les programmes nationaux de planification familiale cherchent à atteindre la seconde sortie-clé: *utilisation accrue de ces services*.<sup>4</sup> Dans de nombreux programmes, l'évaluation se fonde sur les indicateurs de l'utilisation de services, par exemple le nombre de nouveaux accepteurs ou le couple-années de protection, décrits au Chapitre VII. De fait, il arrive souvent qu'au niveau programme (par exemple, en fonction de données générées à partir du programme lui-même), la réussite du programme soit évaluée en grande partie par des indicateurs d'utilisation de services.

Dans le cas de la planification familiale, l'utilisation de services est importante car elle est étroitement reliée au changement comportemental-clé recherché: pratique accrue de la contraception au sein de la population ciblée. La prévalence de la contraception se rapporte au pourcentage de femmes en âge de procréer dans la population ciblée (ou leurs partenaires) utilisant une méthode de contraception à un moment donné dans le temps (bien qu'elle ne se base pas toujours sur les femmes mariées ou en union sexuelle).

L'utilisation de la contraception a une influence directe sur la fécondité. Les analyses des facteurs à l'origine des diminutions récentes de la fécondité dans des pays en développement mettent en évidence l'utilisation de la contraception comme étant le facteur le plus important. Les autres variables intermédiaires (ou déterminants immédiats de la fécondité) sont notamment le pourcentage de femmes en âge de procréer en union sexuelle, le pourcentage d'entre elles traversant la période d'infécondabilité post-partum et la prévalence de l'avortement. Ces facteurs intermédiaires influencent également la fécondité mais dans une mesure moindre (Bongaarts, 1978). (La situation est quelque peu différente en Afrique où l'utilisation de la contraception et l'infécondabilité post-partum sont les déterminants-clés de la fécondité.)

L'utilisation de la contraception influence également la santé maternelle et infantile bien

---

<sup>4</sup> Tout au long, leurs activités peuvent influencer l'utilisation dans le secteur privé si, par exemple, l'IEC pour le programme national a pour effet secondaire d'augmenter les ventes de produits contraceptifs dans les pharmacies commerciales. Ces efforts peuvent également influencer l'utilisation "hors-service" dans le cas de personnes qui utilisent le retrait ou d'autres méthodes n'exigeant aucun type de contact avec le programme.

qu'il soit plus difficile de quantifier la nature exacte de la relation. Toutefois, nul ne met en doute les avantages pour la santé découlant de la prévention des naissances à un âge trop jeune ou trop avancé de la mère, des maternités à parités élevées et à des courts intervalles intergénéraliques ainsi que la diminution des taux d'avortement (National Research Council).

En bref, les titres des chapitres qui suivent correspondent aux cases du modèle conceptuel. Les indicateurs décrits dans chaque chapitre fournissent des mesures concrètes pour suivre la performance des programmes et mesurer les effets des programmes de planification familiale.

### **Types d'indicateurs: Entrées, processus, sorties et effets**

Avant de passer à la définition des indicateurs effectifs, il est bon de revoir brièvement les termes utilisés par l'évaluation des programmes. Cet examen est particulièrement important vu le manque de standardisation, non seulement au sein du domaine de la planification familiale, mais également au niveau de l'évaluation en tant que science (Veney, 1992). Même ceux qui se spécialisent dans l'évaluation peuvent substituer par inadvertance certains termes à d'autres alors qu'en fait, les termes ont une signification technique bien précise.

Au sein de l'USAID et de la communauté internationale plus large s'intéressant aux questions de population, l'évaluation est souvent discutée en termes d'évaluation de la performance versus évaluation de l'impact. Bien que ces deux types d'évaluation se distinguent à maints égards, une des différences importantes concerne les sources de données. Dans la plupart des cas, l'évaluation de la performance (pour utiliser les termes susmentionnés) demande des données au niveau du programme. Par contre, les évaluations faites pour mesurer les effets (par exemple, la prévalence de la contraception comme effet intermédiaire ou la fécondité comme effet à long terme) ont besoin de données sur la population. La Figure I-3 récapitule la relation entre les types d'indicateurs (entrée, processus, sortie, effet) et les sources de données (Reynolds, 1990).

La raison du choix de ces termes est d'éviter la confusion possible entourant le mot "impact". En effet le terme largement utilisé dans des contextes non techniques a perdu sa signification précise du point de vue évaluation. Par exemple, un spécialiste d'IEC pourrait parler de l'impact d'une campagne médiatique du point de vue nombre de nouveaux accepteurs dans les centres locaux. Ce cas est très différent de celui du député américain qui souhaite connaître l'impact des programmes de planification familiale de l'USAID (sur la fécondité).

La distinction entre données axées sur les programmes<sup>5</sup> et données axées sur la population est la suivante. Les données de programmes sont des informations disponibles à partir des sources des programmes (par exemple, les dossiers administratifs, les dossiers des clientes, les

---

<sup>5</sup> Un autre terme pour données axées sur les programmes est "données axées sur les formations sanitaires." Mais ce terme implique certains types de points de prestation, ce qui risque de ne pas être le cas pour certains indicateurs réunis par le programme (par exemple le nombre de personnes formées en IEC). Aussi, le terme "axé sur les programmes" est-il généralement utilisé dans le manuel.

statistiques de services) ou des informations pouvant être obtenues à partir d'enquêtes faites sur place (par exemple, l'observation du contact prestataire-cliente, les enquêtes du client mystère. En outre, un suivi des clientes qui ont fréquenté un centre donné utilise des données de programmes puisque les noms des clientes proviennent des dossiers du centre.

Au niveau du programme, il est important de distinguer en plus les volets ou composantes. Les entrées viennent alimenter les processus (activités des programmes) qui, à leur tour, produisent des sorties (résultats des programmes) et, en fin de compte, des effets (résultats axés sur la population) tel que le montre la séquence suivante.

### **Entrées ➔ Processus ➔ Sorties ➔ Effets**

Les **entrées** sont les ressources humaines et financières, les locaux physiques, l'équipement et les politiques opérationnelles qui permettent de fournir les services.

Les **processus** se rapportent aux multiples activités réalisées pour atteindre les objectifs du programme. Bien qu'un niveau élevé d'entrées se traduise généralement par une prestation satisfaisante, il est théoriquement possible d'avoir un niveau élevé d'entrées et un service peu satisfaisant (par exemple, si un modèle supérieur opposé à la planification familiale ne veut pas que soient fournis de tels services dans les centres qui sont sous son contrôle.) En revanche, il existe une multitude d'exemples, dans le monde entier, où des prestataires de services avec des ressources très insuffisantes n'en ont pas moins réussi à fournir le meilleur service possible dans de telles circonstances.

Les **sorties** se rapportent aux résultats de ces efforts au niveau du programme. Bien que les responsables de programmes de planification familiale au niveau terrain soient intéressés par les tendances nationales dans la prévalence et la fécondité, ils ont tendance à limiter l'évaluation de leurs propres activités aux mesures axées sur les programmes, surtout les mesures de sorties. Les deux types de sorties indiqués dans des cases séparées de la Figure I-1 sont les sorties des services (qui mesurent l'adéquation du système de prestation de planification familiale) et l'utilisation des services (qui mesure la fréquentation des services).

Par contre, l'évaluation de l'effet se rapporte à la mesure de l'**effet** qu'a le programme sur le système social plus large, généralement, la population d'une zone ciblée donnée (population d'un pays spécifique). Elle peut également se rapporter à une zone plus petite (par exemple, la zone desservie par un projet de démonstration) du moment que les données proviennent d'un échantillon aléatoire de cette population. L'enquête démographique et de santé est la principale source des évaluations - axées sur la population - des activités des programmes de planification familiale.

Au sein de la catégorie de l'évaluation axée sur la population, il est important de faire la différence entre deux types d'effets: l'effet intermédiaire et l'effet final (à long terme).

**Effet** (effet intermédiaire):

- ◆ qui est un résultat relativement direct et immédiat des processus et des sorties du programme (par exemple, prévalence de la contraception).

**Impact** (effet final):

- ◆ qui est un résultat anticipé du processus et des sorties du programme dans le long terme (par exemple, changement des taux de fécondité) mais qui est également soumis à l'influence de maints facteurs hors-programme (par exemple, les conditions socioéconomiques ou le statut de la femme).

De nombreux programmes de planification familiale sont conçus pour diminuer la fécondité. Mais souvent, il faut des années pour arriver à cet impact. De plus, même si on y arrive, il n'est pas toujours possible d'établir un lien de cause-à-effet entre le programme de planification familiale en question et la diminution de la fécondité (vu que d'autres facteurs tels qu'un niveau d'instruction plus élevé ou de meilleures conditions économiques peuvent également contribuer à l'effet).

Aussi, les évaluations des programmes se concentrent-elles souvent sur les effets à niveau intermédiaire dont on pense qu'ils sont plus directement liés à l'effort déployé par le programme et qui devraient refléter le changement sur une période plus courte. Les effets intermédiaires indiqués le plus souvent pour les programmes de planification familiale sont la prévalence de la contraception et le pourcentage de femmes en âge de procréer qui utilisent couramment une méthode de contraception.

Le niveau d'avancement du programme de planification familiale déterminera partiellement le type de stratégie d'évaluation utilisée. Par exemple, tous les programmes, nouveaux ou plus avancés, peuvent profiter d'un suivi du processus et de l'impact. Mais, pour les programmes qui en sont encore à l'étape démarrage (Destler at al., 1990), il est bon de se concentrer surtout sur le processus et sur la sortie plutôt que sur l'effet au niveau de la population. Même des programmes couronnés de succès n'entraîneront pas de suite une augmentation de la prévalence de la contraception au niveau national. Tous ceux impatientes de démontrer des résultats un an après avoir démarré le programme seront découragés par le manque apparent d'effet. En revanche, des programmes mûrs continuent à se perfectionner grâce à l'évaluation du processus et des sorties mais les résultats se rapporteront surtout à l'effet.

Il convient de noter que, dans le modèle conceptuel, toutes les cases de la Figure I-2, y compris la sortie de services, se prêtent à l'évaluation de la performance.<sup>6</sup> Les sorties des différents domaines fonctionnels (à savoir, un plan stratégique guidant l'effort, un personnel formé appliquant de nouvelles compétences, un système de logistique opérationnel, des messages d'IEC qui informent les éventuelles clientes de l'emplacement des services, etc) contribuent collectivement à définir la sortie au niveau service en fonction de l'accessibilité, de la qualité des services et de l'image/acceptabilité des programmes.

---

<sup>6</sup> La seule exception se rapporte à l'information-éducation-communication (IEC). Les principaux indicateurs utilisés pour déterminer si les activités d'IEC sont sur la bonne voie sont les mesures de résultat et de l'effet au niveau population (c'est-à-dire, le pourcentage de population ciblé en contact avec des messages de planification familiale).

Par contre, les cases à l'extrême droite du modèle (Figure I-1) reflètent l'effet visé des programmes de planification familiale, exigeant des indicateurs sur la population (par exemple, pratique de la contraception, taux de fécondité et autres mesures de l'état sanitaire/social).

Les boucles de feed-back sont implicites dans ce modèle conceptuel. Les constatations au niveau des sorties demanderont peut-être que des changements soient faits au niveau des entrées des programmes. Et les constatations au niveau des sorties de services demanderont peut-être qu'on réexamine les activités entreprises (processus) dans les différents domaines fonctionnels.

Il s'agit toutefois de se rappeler que ces indicateurs sont de nature descriptive. Collectés dans le temps, ils fournissent des données sur les tendances importantes (par exemple, augmentation du nombre de formations sanitaires opérationnelles, pourcentage du public ciblé exposé aux messages de planification familiale, nombre de couple-années de protection, prévalence de la contraception, etc). Ils n'indiquent nullement le lien causal. Même si les prestations sont en train de s'améliorer (telles que mesurées par les indicateurs donnés dans le présent Manuel) et si la prévalence de la contraception augmente dans le temps, on ne peut pas en conclure que de meilleurs services sont la cause de l'augmentation dans la prévalence, en fonction de seules données descriptives. Par contre, il existe des méthodologies pour déterminer les relations de cause-à-effet (par exemple, les conceptions expérimentales et les analyses longitudinales à multi-niveaux). De fait, ces méthodologies utilisent généralement les types d'indicateurs dont il est question dans le Manuel en tant que variables dépendantes. Mais, en l'absence de ces techniques analytiques, les indicateurs ne permettent pas de déterminer la relation de cause-à-effet.

En concluant cette discussion sur les types d'indicateurs, il est important de noter que ce Manuel traite surtout d'indicateurs objectifs plutôt que d'indicateurs subjectifs ou qualitatifs. La communauté des sciences sociales réalise de plus en plus l'importance des deux types d'information pour la recherche appliquée et l'évaluation. Les indicateurs qualitatifs sont surtout utiles à l'évaluation du processus. Le Manuel inclut certains indicateurs subjectifs (par exemple, dans la section sur la qualité des soins) mais il serait bon que les différents responsables des évaluations développent davantage cet aspect de l'évaluation.

### **Sources de données**

Les indicateurs décrits dans ce Manuel dépendent de multiples sources de données. Les types de données et la nature des institutions collectant les données sont récapitulées à la Figure I-4. Il s'agit des institutions suivantes:

- ◆ bureaux et instituts publics;
- ◆ organisations indépendantes (universités, bureaux d'études, consultants en gestion); et
- ◆ programmes nationaux de planification familiale.

Un programme de planification familiale pourrait utiliser la plupart des sources et types de données mentionnés à la Figure I-4. Mais il est plus probable qu'une évaluation spécifique puise dans ces sources l'une après l'autre. Par exemple, des spécialistes nationaux intéressés par certains aspects se rapportant au programme analyseront probablement l'Enquête démographique et de santé (EDS) pour tous les indicateurs se rapportant à la planification familiale (par exemple, demande de services, portée des programmes d'IEC, utilisation des contraceptifs, etc).<sup>7</sup> Les responsables des programmes qui veulent suivre la fréquentation des services peuvent utiliser tout indicateur du système intégré de gestion (SIG). De crainte que le lecteur ne soit découragé par le nombre de cases de la Figure I-4, nous soulignons qu'ils représentent le menu entier dont certains éléments seulement seront choisis par une institution donnée pour un exercice d'évaluation spécifique.

Des programmes qui connaissent des contraintes budgétaires (et il s'agit de la vaste majorité) tendent à utiliser les sources de données les moins chères (par exemple, les statistiques des services, les dossiers administratifs) ou l'information réunie par l'EDS. Lorsqu'on ne peut pas répondre à des questions d'évaluation avec les sources de données existantes (par exemple, évaluer la qualité des soins dans un programme donné), des études spéciales sont nécessaires.

Aux Chapitres II-IX, la description des indicateurs comprend les sources de données les plus courantes pour chacun d'entre eux. En outre, les indicateurs disponibles à partir des différentes sources de données sont récapitulés en Annexe A.<sup>8</sup>

Le présent Manuel ne comprend pas d'instructions sur la manière de réunir les données pour chaque indicateur. Une des références utiles à cet égard est le Chapitre 8 sur "Collecting Data" dans *Improving Family Planning Evaluation. A Step-by-step Guide for Managers and Evaluators* (Garcia-Nuñez, 1992). Certains des thèmes sont également traités dans des textes standard sur la collecte de données pour la recherche en sciences sociales. En ce qui concerne la collecte de données dans un domaine spécialisé (par exemple, le SIG de produits et logistique), il est souvent recommandé de consulter les experts en la matière.

## **Classement des indicateurs**

Les indicateurs dans ce Manuel sont les mesures dichotomiques, ordinales et à intervalles. Les

---

<sup>7</sup> Un grand nombre des indicateurs dans ce manuel se fondent sur des données provenant des Enquêtes démographiques et de la santé (EDS) ou d'enquêtes nationales analogues sur la fécondité et la santé de la procréation. Pour une description des enquêtes du type EDS, voir l'introduction au Chapitre VIII.

<sup>8</sup> L'enquête EDS représente la principale source de données pour les indicateurs axés sur la population. Un nouveau logiciel interactif "EASEVAL", a été mis au point dans le modèle du Projet EVALUATION conjointement avec le personnel de l'EDS pour faciliter l'utilisation des données de l'EDS à partir de fichiers de recodage types. Le logiciel est actuellement disponible et peut être utilisé avec les fichiers de l'EDS I. Il sera disponible pour l'EDS II une fois que les fichiers de recodage types pour l'EDS II seront communiqués. Le menu de ce logiciel permet à l'utilisateur de choisir "les indicateurs" disponibles de l'enquête EDS qui donnent une liste complète des indicateurs décrits dans le présent Manuel. En Annexe A, tous les indicateurs disponibles à partir du logiciel interactif de l'EDS sont marqués avec un exposant<sup>1</sup> pour mettre en évidence le lien entre le présent Manuel d'indicateurs et le logiciel EASEVAL.

mesures dichotomiques constituent généralement des indicateurs auxquels on répond par "oui" ou par "non" (par exemple, existe-t-il ou non une politique officielle en matière de population). Les mesures ordinales sont des indicateurs de classement non numérique (excellent, bon, moyen ou médiocre). Les mesures continues concernent les taux, les pourcentages, les notes aux tests de connaissances, etc. (ratio des dépenses de planification familiale du secteur public par rapport au PIB).

L'évaluation de la planification familiale sera renforcée grâce à l'emploi d'indices uniformisés, surtout en ce qui concerne le côté offre de la planification familiale (politiques, prestation de services et sorties de services). En effet, cela permettrait d'évaluer les progrès en ces domaines pour un pays donné et peut-être de faire des comparaisons internationales. Bien qu'il existe des limitations à cette standardisation, le modèle mis au point par Lapham et Mauldin, sous la forme du Score des activités des programmes de planification familiale, montre bien l'utilité de ces indices (Lapham et Mauldin, 1985).

Des travaux sont en cours concernant les mécanismes de classement. Le Population Council est en train de mettre au point un système pouvant être utilisé pour l'analyse situationnelle (Mensch et Jain, 1991). Le Groupe de travail sur les produits et la logistique a mis au point un indice sur "l'état du système de produits et de logistique" qui intègre de nombreuses mesures ordinales qui, ensemble, débouchent sur un score quantitatif (confère Chapitre III).

Pour le moment, la mise au point d'indicateurs uniformisés pour mesurer différents aspects du contexte de l'offre de la planification familiale n'est pas encore du domaine de la réalité. Il faut du temps pour élaborer ce type d'indices et, qui plus est, les indicateurs qui seront inclus dans les indices doivent être testés sur le terrain pour prouver la faisabilité et la validité de cette approche. C'est la raison pour laquelle la présente édition du Manuel ne comprend pas les règles des scores qui seraient utilisées parallèlement aux indicateurs. Mais ce thème sera repris lors de la seconde édition du Manuel.

Nous encourageons les collègues qui travaillent à l'élaboration de ces règles de classement ou d'indices uniformisés dans le modèle d'applications spécifiques sur le terrain de nous fournir des informations se rapportant à leur expérience ou de faire des recommandations concernant des approches utiles à ce travail.

### **Mise à jour prévue du présent Manuel**

Le Projet EVALUATION a commencé en octobre 1991 et continuera jusqu'en septembre 1996. Ce document représente la première édition de ce Manuel qui a été préparée tout au début du projet pour essayer d'arriver à une constance dans les indicateurs et les définitions utilisés par rapport aux activités du projet.

Mais, vu que les indicateurs présentés dans ce Manuel doivent encore être testés empiriquement, il sera utile de mettre à jour ce document. De plus, on pense que de nouveaux indicateurs se présenteront lorsque des groupes de travail seront réunis dans le modèle du Projet EVALUATION pour des thèmes complémentaires (information-éducation-communication et

évaluation). Aussi, prévoit-on que le Manuel sera mis à jour en 1995 (la quatrième année du projet). Les utilisateurs de la présente édition sont priés de contacter le personnel du projet avec tout commentaire et suggestion en vue de porter les modifications utiles à la seconde édition.

Tenant compte de cela, nous allons définir des indicateurs utilisés couramment pour l'évaluation des programmes internationaux de planification familiale.

## **Chapitre II**

### **Contexte politique**

- ◆ Existence d'un plan de formulation des politiques
- ◆ Nombre d'analyses de politiques diffusées adéquatement
- ◆ Nombre d'activités de sensibilisation dirigées vers les responsables
- ◆ Existence d'un plan stratégique pour l'expansion du programme national de planification familiale
- ◆ Intégration de données démographiques au plan de développement
- ◆ Nombre de déclarations des dirigeants en faveur de la planification familiale
- ◆ Politique officielle en matière de population traitant de la fécondité et de la planification familiale
- ◆ Coordination du programme national de planification familiale
- ◆ Statut du programme de planification familiale au sein de l'Administration publique
- ◆ Importance des droits d'importation et autres taxes
- ◆ Restrictions pesant sur l'activité publicitaire pour les contraceptifs par le biais des mass média
- ◆ Absence de restrictions injustifiées pour les prestataires de services
- ◆ Absence de restrictions injustifiées pour les utilisatrices
- ◆ Ressources du secteur public consacrées à la planification familiale, exprimées en pourcentage du PIB
- ◆ Qualité de la direction du programme
- ◆ Importance de la participation du secteur commercial

## Chapitre II Indicateurs de mesure du contexte politique

Le **contexte politique** des programmes de planification familiale est défini comme étant les facteurs influençant l'exécution du programme qui n'entrent pas entièrement dans le contrôle des responsables des programmes nationaux. Outre le **soutien politique** et d'autres expressions d'une politique nationale (par exemple, une politique officielle en matière de population à l'échelle nationale), le contexte politique recoupe les aspects d'une **politique opérationnelle** qui suppose des décisions à un niveau plus élevé que le programme (par exemple, la structure organisationnelle du programme, son contexte juridique réglementaire, les ressources dont elle dispose, l'utilisation des prestataires ainsi que les paiements des utilisatrices et les honoraires).

La Figure II-1 à la page XX présente un modèle théorique pour l'évaluation de ce contexte. Organisé selon le schéma type Entrées-Processus-Sorties-Effets, le modèle décrit les activités sur le plan des politiques d'une période donnée entrant dans une boucle circulaire continue. Le contexte politique est l'aboutissement et la sortie du processus de politiques. Il influence directement les divers domaines fonctionnels des programmes de planification familiale (par exemple, IEC, formation, produits et logistique, gestion), l'institutionnalisation, l'auto-suffisance et la demande pour la planification familiale.<sup>9</sup> Ce chapitre présente un ensemble d'indicateurs aux niveaux processus et sorties dans le domaine des politiques.

Voici les entrées de la formulation des politiques:

- ◆ le contexte externe;
- ◆ les entrées nationales sur le plan des politiques; et
- ◆ les entrées des bailleurs de fonds.

Le contexte externe touche au système politico-administratif du pays, à ses caractéristiques socioéconomiques, à son contexte socioculturel et à son droit de la famille. Les entrées nationales sont les données disponibles, les travaux de recherche existants, le personnel chargé de formuler les politiques, l'équipement (par exemple, les ordinateurs, l'équipement audiovisuel) et le financement interne. Ces entrées sont renforcées progressivement dans la mesure où l'institutionnalisation des compétences est un effet des activités en ce domaine (bien que la Figure II-1, en tant que schéma d'une seule période, ne montre pas explicitement l'effet de l'institutionnalisation sur la formulation de politiques pendant la période suivante). Les entrées internationales englobent l'expertise technique spécialisée, l'équipement, le financement, la recherche internationale, le dialogue en matière de politiques, l'assistance hors-projet et les conditions préalables aux prêts et aux dons. Bien qu'aucun indicateur pour les entrées ne soit présenté dans ce chapitre, toute évaluation devrait confirmer l'existence des ressources nécessaires.

Le contexte politique est modifié dans le temps par le biais de l'exécution planifiée des

---

<sup>9</sup> Une description complète des liens décrits sur la Figure II-1 est donnée dans Knowles, Bollen et Yount (1993).

activités sur le plan des politiques (par exemple, le processus de planification et d'élaboration des politiques). La planification s'inspire de l'évaluation des politiques actuelles tenant compte des besoins et des ressources disponibles pour l'élaboration d'autres politiques. Un grand nombre d'activités d'élaboration ou d'intervention, sur le plan des politiques, sont conçues pour renforcer le soutien politique et/ou pour mettre en place une politique nationale efficace soutenant les programmes de planification familiale. Toutefois, de plus en plus, alors que le soutien au niveau national se fait plus fort pour la planification familiale, les interventions en matière de politiques visent à renforcer le contexte des politiques opérationnelles. Cinq indicateurs du processus de planification et de formulation des politiques sont présentés dans ce chapitre.

### **Planification de politiques**

- ◆ Existence d'un plan de formulation des politiques.

### **Formulation de politiques**

- ◆ Nombre d'analyses de politiques diffusées adéquatement
- ◆ Nombre d'activités de sensibilisation dirigées vers les responsables
- ◆ Existence d'un plan stratégique pour élargir le programme national de planification familiale
- ◆ Intégration de données démographiques au plan de développement

Tel qu'indiqué à la Figure II-1, le contexte externe (directement), d'autres entrées (indirectement) et le processus d'élaboration des politiques déterminent le contexte de la politique d'un programme national de planification familiale.<sup>10</sup> Voici certaines dimensions de ce contexte qui est la sortie du processus de formulation des politiques:

- ◆ soutien politique;
- ◆ politique nationale; et
- ◆ politique opérationnelle.

Le soutien politique aux niveaux national, régional et local joue un rôle central puisqu'il s'agit d'un déterminant important des autres dimensions du contexte politique. Le soutien politique peut être tant explicite qu'implicite. *Des déclarations faites par des hauts responsables*

---

<sup>10</sup> Bien que le contexte externe soit dans la plupart des cas, hors du contrôle d'un programme de planification familiale et de ses responsables, il est important de se rappeler du rôle dominant qu'il peut jouer en influençant le contexte politique. Peut-être plus que pour d'autres domaines fonctionnels d'un programme de planification familiale, toutes les activités appropriées doivent être réalisées pour créer un contexte favorable mais le résultat escompté n'est pas forcément atteint à cause de développements défavorables dans le contexte politique plus général.

*du gouvernement et d'autres dirigeants en faveur de la planification familiale* sont un indicateur souvent utilisé pour le soutien politique explicite. Le soutien politique implicite est jugé le plus souvent au niveau de ce que le gouvernement fait effectivement dans les domaines de politiques nationales et opérationnelles.

La politique nationale recoupe les déclarations officielles de la politique (par exemple, les politiques nationales de population, les plans de développement national) ainsi que les encouragements fiscaux et autres incitations devant influencer les décisions que prennent les parents sur le plan de la procréation.<sup>11</sup> La politique opérationnelle comprend quatre sous-dimensions qui sont directement liées à l'exécution des programmes nationaux de planification familiale:

- ◆ *structure et processus organisationnels*: le statut d'un programme de planification familiale au sein de la structure administrative du gouvernement et sa capacité à mobiliser les ressources d'autres institutions publiques et privées;
- ◆ *contexte juridique/réglementaire*: impôts et autres restrictions qui concernent la fourniture de contraceptifs, tout notamment dans le secteur privé ainsi que les barrières médicales à la prestation des services de planification familiale;
- ◆ *ressources*: les ressources financières, matérielles et humaines nécessaires pour les programmes de planification familiale; et
- ◆ *politiques de prix*: paiements demandés aux clientes (recouvrement des coûts) et paiements pour les prestataires de services et les utilisatrices (incitations).<sup>12</sup>

Onze indicateurs-sortie se rapportant au contexte des politiques de programme sont présentés dans ce chapitre:

## **Soutien politique**

- ◆ Nombre de déclarations que font les dirigeants en faveur de la planification

---

<sup>11</sup> Les incitations des politiques nationales se limitent à celles conçues expressément pour influencer la fécondité et la dimension de la famille mais elles ne sont pas directement liées à l'utilisation de la contraception. Dans le présent modèle, les incitations liées à l'utilisation effective des contraceptifs (par exemple, incitations pour le prestataire et l'accepteur) sont rangées dans la politique opérationnelle. Le droit de la famille, visant à promouvoir d'autres buts sociaux mais qui a des effets secondaires sur la fécondité (par exemple, âge légal au mariage, droit de l'héritage) fait partie du contexte externe.

<sup>12</sup> Bien que l'utilisation d'incitations témoigne souvent d'un solide soutien politique pour la planification familiale, elle est également controversée, surtout lorsqu'elle semble encourager l'utilisation de certaines méthodes (stérilisation) ou si elle a un effet coercitif. Les incitations sont moins controversées lorsqu'elles sont utilisées pour venir à bout de contraintes pesant sur l'utilisation de la planification familiale (par exemple, rembourser les coûts de déplacement des clientes ou améliorer le travail des prestataires de services) mais il est souvent difficile, dans la pratique, de distinguer entre ces cas. Aucun indicateur se rapportant aux incitations n'est proposé dans ce chapitre aux fins d'utilisation générale.

familiale

### **Politique nationale**

- ◆ Politique officielle en matière de population traitant de la fécondité et de la planification familiale

### **Structure et processus organisationnels (politique opérationnelle)**

- ◆ Coordination des programmes de planification familiale au niveau national
- ◆ Statut du programme de planification familiale au sein de l'Administration publique

### **Contexte juridique/réglementaire (politique opérationnelle)**

- ◆ Importance des droits d'importation et autres taxes
- ◆ Restrictions pesant sur l'activité publicitaire pour les contraceptifs par les mass média
- ◆ Absence de restrictions injustifiées à l'encontre des prestataires de services
- ◆ Absence de restrictions injustifiées à l'encontre des utilisatrices

### **Ressources (politique opérationnelle)**

- ◆ Ressources du secteur public consacrées à la planification familiale exprimées en tant que pourcentage du PIB
- ◆ Qualité de la direction du programme
- ◆ Importance de la participation du secteur commercial

Selon la Figure II-1, un meilleur contexte des politiques du programme devrait se traduire par des améliorations dans les services (accès, qualité, image), une utilisation accrue des services et de l'emploi des contraceptifs ainsi que par une plus grande auto-suffisance et institutionnalisation des programmes. Tel que noté ci-dessus, l'institutionnalisation influence également les niveaux d'entrées pour les politiques nationales de la période suivante (boucle de feed-back). Par conséquent, du côté de l'offre, le contexte politique contribue directement, aussi bien à l'amélioration des services dans le court terme, qu'à la pérennisation du programme dans le long terme. Du côté demande, le soutien des dirigeants et les dimensions nationales de la politique du programme (par exemple, déclarations des dirigeants, incitations) influencent la demande pour la planification familiale.

Il est important de noter qu'un grand nombre des indicateurs de politiques proposés dans ce Manuel ont des équivalents (ou des quasi-équivalents) avec les mesures des efforts déployés par les programmes de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, disponibles actuellement pour 98 pays pour 1982 et 1989 (Lapham et Mauldin, 1985; Ross et al. 1988, 1992). Ces données sont des mesures initiales utiles pour évaluer les politiques. Les relations entre les indicateurs proposés ici et les indicateurs correspondants de Lapham/Mauldin/Ross sont discutées ci-après dans les descriptions des indicateurs.

## **EXISTENCE D'UN PLAN DE FORMULATION DES POLITIQUES**

### **Définition**

Il s'agit d'un indicateur qualitatif (oui/non). Une valeur "oui" est assignée s'il existe un plan de formulation des politiques au niveau national qui: (1) évalue le contexte des politiques actuelles pour la planification familiale; (2) présente une stratégie pour supprimer les obstacles importants sur le plan des politiques; (3) assigne les responsabilités en matière de formulation des politiques identifiées dans la stratégie et (4) présente un budget permettant de mettre en œuvre la stratégie.

### **Données nécessaires**

Plan de mise en œuvre des politiques. Il est compris parfois dans le document de planification plus générale.

### **Source(s) de données**

Le groupe responsable de l'élaboration des politiques au sein du programme national.

### **But et questions**

Cet indicateur au niveau processus mesure les progrès concernant l'élaboration d'un plan qui doit relever d'un effort systématique conçu pour atteindre des objectifs spécifiques. En l'absence d'un tel plan, les activités d'élaboration risquent d'être erratiques, mal organisées et ne viseront pas forcément le bon public.

Un plan de formulation des politiques devrait être conçu pour tous les programmes. Il sera revu régulièrement pour tenir compte des changements dans le contexte politique ou dans les stratégies et besoins des programmes. Dans certains cas, une politique officielle devra être adoptée si elle n'existe pas encore. Par contre, si une politique officielle existe, il est particulièrement important que le plan envisage sa mise en œuvre.

## **NOMBRE D'ANALYSES DE POLITIQUES DIFFUSEES ADEQUATEMENT**

### **Définition**

Les analyses de politiques sont conçues pour apporter des informations concrètes aux décideurs afin de les encourager à améliorer certains aspects des politiques des programmes de planification familiale. Prenons les exemples suivants d'analyses possibles: (1) analyses de l'impact qu'entraîne sur le développement une croissance rapide de la population (par exemple, les analyses RAPID<sup>13</sup>); (2) analyses de la demande de services de planification familiale; (3) analyses de segmentation du marché; (4) analyses juridiques et réglementaires; (5) analyses ciblé-coût; (6) analyses du coût-avantage et (7) analyses du coût-efficacité. "Diffuser adéquatement" signifie que chaque analyse est conçue pour vaincre un obstacle sur le plan des politiques et pour atteindre le public concerné. Les résultats de ces analyses sont diffusés par le biais d'un canal approprié pour le public visé. "Nombre" se rapporte à une période donnée (par exemple, un an).

### **Données nécessaires**

Description de chaque analyse de politiques, y compris les objectifs de la politique, le public ciblé et une description de la manière dont l'étude a été effectivement diffusée.

### **Source(s) de données**

Dossiers administratifs des organisations réalisant les diverses études.

### **But et questions**

Le but de cet indicateur de processus est de fournir une mesure quantitative d'une activité de formulation des politiques.

Il s'agit d'une simple mesure qui ne reflète, en aucune manière, la qualité de l'activité ou son impact sur les politiques. Elle est utile dans la mesure où elle crée un sens de responsabilisation chez le personnel chargé de ces activités.

Il est important de distinguer entre cet indicateur et l'indicateur suivant (*Nombre d'activités de sensibilisation visant les dirigeants*). Le présent indicateur est conçu pour refléter le nombre d'études techniques préparées et diffusées alors que l'indicateur suivant est conçu pour refléter le nombre d'événements. Une seule activité d'élaboration des politiques (par exemple, un sous-projet RAPID) pourrait être reflétée par les deux indicateurs si une analyse est préparée et diffusée par le biais d'un certain nombre d'activités de sensibilisation. Par ailleurs, les résultats des études pourraient être diffusés par le biais d'autres canaux et les activités de sensibilisation ne sont pas forcément des études (par exemple, les conférences).

---

<sup>13</sup> RAPID est le sigle du projet financé par l'USAID "Ressources pour l'analyse de la population et de son impact sur le développement". Ce projet prépare des présentations sur ordinateur pour des décideurs concernant l'impact qu'ont sur le développement une fécondité plus faible et de solides programmes de planification familiale.

## **NOMBRE D'ACTIVITES DE SENSIBILISATION DIRIGES VERS LES RESPONSABLES**

### **Définition**

"ACTIVITES" signifient conférences, ateliers, présentations RAPID, foires, campagnes médiatiques et visites d'observation<sup>14</sup> organisés pour que les dirigeants des secteurs santé et autres responsables comprennent mieux les questions de population/planification familiale. "Nombre" se rapporte à une période donnée (par exemple, un an).

### **Données nécessaires**

Nombre d'événements, par type d'activité, nombres et positions officielles/responsabilités de personnes qui assistent ou qui participent aux événements.

### **Source(s) de données**

Rapports administratifs de ceux organisant ces activités.

### **But et questions**

Le but de cet indicateur est de fournir une mesure quantitative d'une intervention. L'indicateur proposé est une simple mesure de l'activité qui ne reflète en aucune manière la qualité de l'effort ou son impact sur les politiques. Elle est utile dans la mesure où elle crée un sens de responsabilisation au sein du personnel chargé de ces activités.

---

<sup>14</sup> "Visites d'observation" se rapportent à des visites organisées pour des représentants officiels du gouvernement et d'autres personnes occupant des positions de premier plan et qui viennent observer des programmes réussis de population et de planification familiale dans d'autres pays en développement (généralement, dans la même région). De même, le but est d'observer des activités en vue d'améliorer le contexte politique, par exemple les étapes à suivre pour la mise en place d'une politique officielle de population.

## **EXISTENCE D'UN PLAN STRATEGIQUE POUR L'EXPANSION DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

Il s'agit d'un indicateur qualitatif (oui/non). Une valeur "oui" est assignée s'il existe un plan à long terme au niveau national qui: (1) définit les objectifs du programme national de planification familiale sur une période de cinq à dix ans, en donnant des buts quantitatifs; (2) définit clairement la stratégie adoptée pour atteindre ces objectifs; (3) établit une structure organisationnelle pour le programme conformément à la stratégie, couvrant tant le secteur public que privé et (4) prévoit les ressources (matérielles, humaines et financières) nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie, précisant comment ces ressources peuvent être obtenues.

### **Données nécessaires**

Plan approuvé à long terme pour le programme national de planification familiale.

### **Source(s) de données**

L'organisation publique responsable de la coordination du programme national de planification familiale.

### **But et questions**

Indicateur - processus qui reflète une importante activité d'élaboration de politiques. Son but est de mesurer si le programme national de planification familiale a réussi à se donner une mission bien claire avec des objectifs ainsi qu'une stratégie pour les atteindre. La planification stratégique au niveau national appelle la participation de divers ministères publics, généralement les Ministères de la Santé, des Finances, du Plan, de la Formation, de l'Education et de l'Intérieur ainsi que d'importants groupes privés (commercial et ONG, organisations religieuses, groupements féminins).

Un plan stratégique national traite des questions suivantes: (1) faut-il créer une *demande* ou renforcer les services existants; (2) la gamme de méthodes actuelles est-elle adéquate; (3) le rôle respectif des secteurs public, ONG et commercial; (4) le financement du programme; (5) le rôle des divers ministères au niveau de l'exécution du plan.

La planification stratégique au niveau national devrait avoir pour pendant une planification analogue au niveau de chaque institution du programme en général. Toutefois, la planification stratégique au niveau institutionnel relève d'une gestion alors qu'au niveau national, elle relève d'un exercice politique exigeant la participation de tous les principaux intervenants.

# **INTEGRATION DE DONNEES DEMOGRAPHIQUES AU PLAN DE DEVELOPPEMENT**

## **Définition**

Il s'agit d'un indicateur qualitatif (oui/non). Une valeur "oui" est assignée s'il existe des plans à long terme, tant pour l'économie générale que pour des secteurs individuels (par exemple santé, éducation, alimentation, logement ou environnement) qui indiquent clairement la manière dont l'accroissement de la population se répercute sur les objectifs de développement.

## **Données nécessaires**

Plans de développement quinquennaux, plans couvrant une période plus longue (par exemple, 10 ans), plans sectoriels.

## **Source(s) de données**

Ministère du Plan; Conseil national de population (ou autre entité analogue chargée de coordonner la politique de population); ministères (par exemple, Santé, Education, Agriculture, Logement ou Environnement).

## **But et questions**

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les planificateurs du gouvernement et d'autres technocrates au niveau intermédiaire comprennent la dynamique de la population et son impact sur le développement. Il voit également s'ils en ont tenu compte dans leurs plans. Ces dernières années, l'USAID et le FNUAP ont apporté une assistance pour encourager l'intégration de données démographiques aux plans de développement. Cet indicateur au niveau processus cherche à mesurer la réussite rencontrée par ce type d'intervention.

L'intégration des données démographiques au plan de développement était l'une des recommandations faites lors de la Conférence mondiale sur la population tenue en 1974 à Bucharest. Les bailleurs de fonds ont soutenu cet effort dans de nombreux pays, espérant que les planificateurs préconiseraient donc la diminution de la fécondité et défendraient la planification familiale. Bien que ce plaidoyer de la part des planificateurs se soit fait sans nul doute dans certains pays, il existe peu de preuves systématiques montrant que cela a entraîné un meilleur soutien politique pour la planification familiale. Toutefois, ce résultat n'est guère surprenant vu que la principale préoccupation d'un planificateur est de mieux planifier - et non pas de diminuer la fécondité.

## **NOMBRE DE DECLARATIONS DES DIRIGEANTS EN FAVEUR DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

"Déclarations" lors de discours publics ou dans des communications écrites ou des documents officiels (par exemple, des plans de développement national). Les "dirigeants" sont des représentants officiels de haut niveau chargés de gouverner le pays, de promulguer les lois et d'octroyer les fonds publics aux différents secteurs. Le terme pourrait également s'appliquer à d'autres types de responsables (religieux, médicaux) qui ont de l'influence sur la planification familiale. Le "nombre" se rapporte à une période donnée (par exemple, un an).

### **Données nécessaires**

Preuve de telles déclarations, notamment dates et sources, positions/responsabilités de la personne qui a fait la déclaration, public visé et médias utilisés.

### **Source(s) de données**

Textes (ou vidéos) de discours officiels, d'articles de journal, de communiqués du gouvernement, de documents officiels et d'autres expressions publiques.

### **But et questions**

Le but de cet indicateur est de mesurer le niveau de soutien politique explicite qu'accordent à la planification familiale les hauts représentants du gouvernement et d'autres dirigeants.

Certains pourraient penser que c'est là un indicateur "peu concret" car il est difficile à quantifier et à interpréter. Même si l'on était capable de suivre de manière assidue tous les discours et documents officiels des nombreux décideurs de haut niveau, comment devrait-on évaluer ces déclarations? Par exemple, combien faudrait-il de déclarations, une par an ou une par mois? Qui plus est, une seule déclaration faite par le Président du pays pourrait peser plus lourd que 100 déclarations faites par des représentants officiels d'un rang moins élevé. Mais cet indicateur est inclus car c'est une des rares mesures disponibles lors des premières étapes. De plus, ces déclarations pourraient être les premiers signes d'un changement éminent dans la position du gouvernement face à la planification familiale.

Ces déclarations auront plus de poids si elles continuent sur une période prolongée et si des dirigeants successifs font preuve du même engagement face à la planification familiale. Si, par ailleurs, des dirigeants successifs vacillent entre un soutien solide et un soutien bien plus faible ou inexistant, l'impact de ces déclarations sur le plan des politiques pourrait bien être minime.

Cet indicateur est analogue à la mesure des efforts des programmes de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, *déclarations favorables de la part de dirigeants*: "Si le chef

du gouvernement parle en public de manière favorable de la planification familiale au moins une ou deux fois par an et si d'autres hauts représentants font de même."

## **POLITIQUE OFFICIELLE EN MATIERE DE POPULATION TRAITANT DE LA FECONDITE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

Il s'agit d'un indicateur qualitatif (oui/non). Une valeur "oui" est assignée si une politique officielle de population a été officiellement adoptée, diffusée et mise en œuvre. Cette politique doit traiter des problèmes liés à une fécondité élevée et/ou à des naissances trop rapprochées et recommander à cet effet la planification familiale. Une politique officielle en matière de population, qu'il s'agisse d'un document indépendant ou d'une partie d'un autre document, est une déclaration officielle d'un gouvernement avec des buts et parfois des objectifs en matière de population. Elle intègre également une stratégie en vue d'atteindre ces buts.

### **Données nécessaires**

Texte de toute politique officielle, acceptation officielle de la politique, références à la politique nationale de population dans des discours faits par des hauts représentants officiels, comptes rendus de diffusion et de mise en œuvre de la politique.

### **Source(s) de données**

Lois publiques et documents officiels du gouvernement, articles de journal, communiqués du gouvernement, autres expressions publiques, organisations responsables de la mise en œuvre de la politique.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie est une mesure du soutien qu'apporte la politique nationale à la diminution de la fécondité et à la planification familiale.

L'adoption d'une politique officielle de population est souvent vue comme un des grands accomplissements. Toutefois, il est important de se rappeler que ce qui compte le plus, c'est qu'elle soit effectivement diffusée et mise en œuvre. Notons également que de nombreux programmes réussis de planification familiale ont été exécutés alors qu'il n'existait pas de politique officielle.

Une politique officielle élaborée à partir d'une initiative nationale plutôt qu'à partir d'une initiative ou d'une pression de l'extérieur est plus susceptible d'être diffusée à grande échelle et d'être mise en œuvre et donc d'avoir un impact significatif. L'impact d'une telle déclaration officielle dépendra également de la priorité qu'accorde le document à la planification familiale et du fait qu'il fixe des objectifs quantitatifs pour l'utilisation de la contraception.

Cet indicateur est analogue à la mesure des efforts des programmes de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross; *politiques ou positions officielles du gouvernement concernant la fécondité/planification familiale et taux d'accroissement de la population:*

"Existence et type de politique officielle pour diminuer le taux d'accroissement de la population, soutenir les activités de planification familiale en l'absence d'activités parrainées par un gouvernement, ou politique décourageant l'adoption de la planification familiale." La Division de la population des Nations Unies a également réalisé, depuis 1977, sept enquêtes périodiques auprès de pays membres concernant leurs politiques et positions officielles à propos de l'accroissement de la population, des taux de fécondité et de la planification familiale. Ces enquêtes sont une source utile de données initiales pour l'évaluation des activités de formulation des politiques dans un pays donné.

## **COORDINATION DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

Il s'agit d'un indicateur qualitatif (oui/non). Une valeur "oui" est assignée s'il existe une entité active (c'est-à-dire qui se réunit au moins une fois par an) qui formule une politique pour la planification familiale et coordonne la prestation de services de la planification familiale des secteurs public et privé. Il peut s'agir de conseils nationaux de population ou de comités nationaux de planification familiale. Généralement, les membres du secteur public qui composent ces entités sont des ministres ou des chefs du Cabinet du Ministre. Le Président de ces conseils est souvent le Premier Ministre ou le Ministre du Plan. Les membres du secteur privé sont des représentants de diverses ONG, des organisations médicales privées et des groupes religieux. Il existe souvent un secrétariat permanent ainsi qu'un groupe de travail interministériel composé de hauts fonctionnaires.

### **Données nécessaires**

Réglementations et statuts établissant ces entités (par exemple, les politiques nationales en matière de population), comptes rendus et rapports des réunions ainsi que les rapports de tout secrétariat créé pour soutenir le travail de cette entité de coordination.

### **Source(s) de données**

Codes juridiques; décrets administratifs; texte de la politique nationale de population; bureaux des ministères ou organisations; secrétariat de l'entité nationale de coordination.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie mesure s'il existe une coordination efficace du programme national de planification familiale entre les divers ministères (santé, éducation, plan) et entre les organisations des secteurs public et privé prêtant des services de planification familiale. C'est une mesure de la structure organisationnelle (politique opérationnelle) du contexte politique du programme.

Il est important de reconnaître que certains pays ont des entités de coordination purement nominales qui ne se rencontrent pas ou qui ne jouent qu'un rôle marginal. Dans ces cas, cet indicateur devrait recevoir une valeur "non." Il faudrait également lui donner une valeur "non" dans les cas où il existe une entité active mais qui travaille contre et non pas en faveur du programme de planification familiale.

Enfin, on note qu'un certain nombre de pays ont des programmes nationaux bien coordonnés, même en l'absence d'une entité officielle chargée de la coordination. Par conséquent, l'existence d'une entité de coordination interministérielle officielle n'est pas la condition sine qua non d'un bon contexte politique.

## **STATUT DU PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE**

### **Définition**

Cet indicateur mesure la position du Directeur du programme de planification familiale au sein de l'Administration publique (c'est-à-dire l'échelon administratif en partant du Chef de l'Etat auquel rend compte le directeur du programme).

### **Données nécessaires**

Organigrammes de la Fonction publique.

### **Source(s) de données**

Ministère au sein duquel est réalisé le programme de planification familiale.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie mesure la solidité organisationnelle d'un programme de planification familiale au sein de l'administration publique. C'est une mesure de la structure organisationnelle (politique opérationnelle) du contexte politique du programme. Cet indicateur est analogue à la mesure des efforts du programme de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, *Niveau de la direction du programme de planification familiale*: "Niveau de la personne nommée pour diriger le programme national de planification familiale et position hiérarchique du directeur du programme au sein de la structure gouvernementale."

## **IMPORTANCE DES DROITS D'IMPORTATION ET AUTRES TAXES**

### **Définition**

Cet indicateur représente le pourcentage du prix au détail des contraceptifs imputable aux droits d'importation et autres taxes, qu'ils soient fabriqués localement (par exemple, droits d'importation sur les matières premières importées, taxes à la valeur ajoutée) ou importés directement.

### **Données nécessaires**

Données sur les droits à l'importation et les taux d'imposition nationaux.

### **Source(s) de données**

Codes fiscaux et barèmes des droits de douane.

### **But et questions**

Le but de cet indicateur-sortie est de mesurer l'impact des divers impôts sur le prix au détail des contraceptifs. C'est une mesure des barrières économiques (politique opérationnelle) à l'offre de contraceptifs dans le secteur commercial.

Il est important de noter que l'impact en pourcentage qu'entraînent sur les prix au détail les impôts sur les coûts à la production peut être nettement plus élevé si les marges en gros et au détail sont appliquées aux impôts. Par exemple, si l'impôt à la production sur chaque plaquette de pilule augmente le prix à la production de \$0,20 à \$0,40 et si le prix au détail de \$1 est déterminé en ajoutant une marge fixe au gros et au détail de 150 % au prix de la production, l'indicateur susmentionné devrait avoir une valeur de 50 % plutôt que de 20 % (puisque l'impôt a pour effet de doubler le prix au détail).

Cet indicateur est lié à la mesure des efforts du programme de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, *Lois d'importation et réglementations juridiques concernant les contraceptifs*: "Mesure dans laquelle les droits à l'importation et les réglementations juridiques facilitent l'importation de produits contraceptifs qui ne sont pas fabriqués localement ou mesure dans laquelle les contraceptifs sont fabriqués dans le pays même."

## **RESTRICTIONS PESANT SUR L'ACTIVITE PUBLICITAIRE POUR LES CONTRACEPTIFS PAR LE BIAIS DES MASS MEDIA**

### **Définition**

Indicateur qualitatif avec quatre niveaux: (1) absence de restrictions; (2) publicité de marque de produit autorisée seulement pour les produits pouvant être achetés sans ordonnance (par exemple, la publicité générique de la pilule est permise mais pas pour des marques spécifiques); (3) la publicité n'est pas autorisée pour les produits exigeant une ordonnance et (4) la publicité n'est pas autorisée pour les produits contraceptifs.

### **Données nécessaires**

Réglementations et restrictions concernant la publicité par le biais des mass média.

### **Source(s) de données**

Ministère de l'Information, rapports des projets de marketing social et autres projets travaillant avec le secteur commercial.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie est une mesure des barrières juridiques/réglementaires (politique opérationnelle) entravant l'offre de contraceptifs, particulièrement dans le secteur commercial (par exemple, l'impossibilité de faire de la publicité sur les contraceptifs restreint la demande potentielle sur le marché, décourageant le secteur commercial de pénétrer le marché).

Cet indicateur est analogue à la mesure des efforts du programme de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, *Publicité autorisée pour les contraceptifs par le biais des mass média*: "La publicité sur les contraceptifs par les mass média est-elle autorisée sans restrictions aucune, avec certaines restrictions, des restrictions sociales ou des restrictions plus strictes"

## **ABSENCE DE RESTRICTIONS INJUSTIFIÉES POUR LES PRESTATAIRES DE SERVICES**

### **Définition**

Cet indicateur a une valeur maximale de cinq points. Un point est donné pour chacune des conditions suivantes: (1) le personnel paramédical, suffisamment qualifié et formé, a le droit de prescrire la pilule, d'administrer des injections et d'insérer les DIU; (2) les agents de distribution communautaire suffisamment formés ont le droit de réapprovisionner en pilule; (3) les pharmacies ont l'autorisation de distribuer la pilule sans ordonnance et d'administrer les injectables (si elles ont le droit d'administrer d'autres types d'injection); (4) les généralistes suffisamment formés et équipés ont le droit d'exécuter les stérilisations ainsi que d'insérer et de retirer les implants et (5) les médecins adéquatement qualifiés et équipés ont le droit d'effectuer des avortements sur demande.

### **Données nécessaires**

Réglementations médicales.

### **Source(s) de données**

Ministère de la Santé et codes juridiques.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie évalue la mesure dans laquelle les barrières médicales (politiques opérationnelles) imposent des restrictions aux prestataires de services de planification familiale. Bien que les barrières médicales soient souvent exprimées en termes techniques, elles relèvent d'une question de politiques dans la mesure où leur existence témoigne de forces politiques sous-jacentes. De plus, leur éventuelle suppression dépend probablement de décisions prises à haut niveau.

Cet indicateur est défini sur la base d'un ensemble de barrières médicales importantes dans de nombreux pays. Peut-être faudra-t-il modifier légèrement la liste des barrières pour les applications dans les divers pays pris individuellement. L'impact prévu sur le comportement du prestataire de services est un critère important lors de la sélection des barrières médicales. Par exemple, des restrictions pour les agents de distribution communautaire n'auront aucun impact s'il n'existe pas de programme de distribution communautaire. Dans d'autres cas, les restrictions existent uniquement sur papier mais ne sont pas appliquées dans la pratique. Des interviews avec les prestataires pourraient apporter des informations utiles pour voir quelles sont les barrières médicales qui ont le plus grand impact sur les pratiques actuelles.

## **ABSENCE DE RESTRICTIONS INJUSTIFIÉES POUR LES UTILISATRICES**

### **Définition**

Cet indicateur a une valeur maximale de quatre points. Un point est donné pour chacune des conditions suivantes: (1) pas de restrictions injustifiées sur le plan médical (par exemple, âge, sexe, situation matrimoniale, nombre d'enfants vivants, sexe des enfants vivants, consentement du conjoint, contre-indications médicales non justifiées) empêchant l'utilisation d'un contraceptif; (2) aucun test sans validité médicale n'est exigé pour recevoir un contraceptif; (3) des plaquettes de pilule sont données pour trois mois à chaque visite et (4) l'avortement est légal et ce service est disponible.

### **Données nécessaires**

Réglementations médicales et pratiques cliniques.

### **Source(s) de données**

Réglementations du Ministère de la Santé; codes juridiques; analyses situationnelles et autres enquêtes auprès des utilisatrices/prestataires de services; statistiques de services.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie évalue dans quelle mesure les barrières médicales (politique opérationnelle) imposent des restrictions aux clientes. Tel que noté pour l'indicateur précédent, l'existence de barrières médicales pourrait refléter des forces politiques sous-jacentes et leur suppression pourrait faire entrer en jeu des décisions politiques prises à haut niveau. De plus, à l'instar de l'indicateur précédent, la liste de barrières spécifiques incluses dans l'indicateur pourrait varier suivant les applications par pays. Les barrières médicales individuelles ne devraient être incluses dans la définition de l'indicateur que lorsqu'elles ont un impact démontrable sur le comportement de l'utilisateur. Les interviews avec des utilisatrices et des prestataires de services pourraient dégager des informations fiables, pouvant être utilisées pour choisir les barrières médicales les plus importantes qu'on incorpore aux applications de tel ou tel pays.

## **RESSOURCES DU SECTEUR PUBLIC CONSACREES A LA PLANIFICATION FAMILIALE, EXPRIMEES EN POURCENTAGE DU PIB**

### **Définition**

Cet indicateur est défini comme étant le rapport entre les dépenses de planification familiale du budget de fonctionnement et le produit intérieur brut (PIB), exprimé en tant que pourcentage (généralement inférieur à 1%).

### **Données nécessaires**

Les dépenses publiques pour la planification familiale en prix courants; et comptes nationaux sur le PIB en prix courants.

### **Source(s) de données**

Budgets de fonctionnement nationaux; comptes nationaux.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie mesure les ressources allouées (politique opérationnelle) par un gouvernement à son programme de planification familiale. Si les bailleurs de fonds financent une partie des dépenses de fonctionnement du programme de planification familiale (généralement, les bailleurs de fonds financent l'investissement), cet indicateur risque de ne pas traduire exactement l'effort déployé par le gouvernement du pays hôte.

Il est important que l'indicateur montre si les crédits budgétaires sont véritablement dépensés pour la prestation des services de planification familiale. Un grand nombre de gouvernements ne mettent pas à exécution leurs budgets publiés. Il est également important de confirmer que les ressources dépensées pour les programmes de planification familiale sont effectivement utilisées à cette fin et que les ressources arrivent jusqu'aux unités opérationnelles sur le terrain fournissant les services.

C'est surtout dans des pays où les services de planification familiale sont intégrés à la santé maternelle et infantile que les rubriques budgétaires de la planification familiale ne sont pas toujours bien démarquées. De plus, quand le personnel prête d'autres services de santé outre la planification familiale, il est parfois difficile de savoir quelle est la proportion du temps consacrée à la planification familiale. Dans de tels cas, on peut employer plusieurs mécanismes. L'approche la plus simple et la plus couramment utilisée (mais probablement la moins fiable) consiste à interviewer des superviseurs et des agents de santé et de leur demander d'estimer le pourcentage de leur temps qu'ils consacrent à la prestation des services de planification familiale. Ce pourcentage peut ensuite être utilisé comme base pour ventiler les dépenses liées au personnel et autres coûts. Ou alors, on peut faire une enquête sur l'utilisation du temps au sein d'un échantillon de formations sanitaires en utilisant, soit la technique de l'analyse de la circulation des patients, soit l'observation directe des agents de santé à intervalles spécifiques (par exemple,

échantillonnage des tâches).

Cet indicateur est analogue à la mesure des efforts du programme de planification familiale de la Lapham/Mauldin/Ross, *Budget national pour le programme*: "Pourcentage du budget total de planification familiale/population disponible à partir des sources nationales. Un score maximum est donné si les sources nationales assument 85% ou plus du budget, aucun score n'est donné si ces sources assument moins de 50% du budget." Mais cet indicateur est difficile à calculer s'il comprend (tel qu'il le devrait) le financement du secteur privé dans la part nationale. Il est également soumis aux fluctuations du taux de change puisque le dénominateur comprend les contributions des bailleurs de fonds exprimées en dollars américains (ou dans une autre devise étrangère).

*La part du budget national consacrée à la planification familiale* est un autre indicateur utilisé couramment, montrant l'engagement de l'État face à la planification familiale. Mais le problème ici, c'est que les programmes de planification familiale sont souvent financés à partir de plusieurs niveaux du gouvernement (par exemple, national, état, local). Autre problème: un tel indicateur est sensible aux fluctuations budgétaires suite à des questions politiques, idéologiques ou de sécurité nationale. L'indicateur proposé ci-dessus évite ces limitations en incluant les dépenses du secteur public à tous les niveaux du gouvernement et en les exprimant par rapport à une mesure de l'activité économique du pays (PIB).

## **QUALITE DE LA DIRECTION DU PROGRAMME**

### **Définition**

Cet indicateur est un indice de la performance des directeurs de programmes: expérience, continuité et engagement, compétences techniques, aptitude à motiver les autres responsables et le personnel du programme, aptitude à mobiliser des ressources nationales et le soutien d'autres ministères, capacité à communiquer au public les résultats et les besoins du programme, capacité à travailler au sein de la bureaucratie, capacité à travailler efficacement avec des bailleurs de fonds et compétences touchant à la planification stratégique.

### **Données nécessaires**

Evaluation systématique de la performance du directeur du programme de planification familiale et d'autres représentants officiels-clés du programme (par exemple, le Ministre de la Santé, le chef de la commission nationale pour la population), y compris le temps passé à ce poste.

### **Source(s) de données**

Evaluation indépendante d'observateurs externes.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie reflète la qualité des ressources humaines (politique opérationnelle) engagées par un gouvernement pour son programme de planification familiale. Certains observateurs pensent qu'il s'agit de l'un des indicateurs les plus importants d'un soutien politique implicite.

Cet indicateur devrait se limiter à un, deux ou trois (maximum) représentants officiels qui ont le plus d'influence sur la direction du programme. Dans de nombreux cas, il suffit de prendre le directeur du programme. On peut interviewer des personnes connaissant bien la situation (par exemple, personnel des bailleurs de fonds, personnel des ONG) pour noter la performance de la personne en fonction des critères tels que ceux susmentionnés.

Cet indicateur témoigne bien de l'engagement du gouvernement face aux questions de population et à la planification familiale. Les programmes ne peuvent pas aller de l'avant s'ils n'ont pas à leur tête un responsable dévoué.

L'indicateur n'est pas sans problèmes. En effet, les appréciations sur lesquelles il se fonde sont forcément subjectives car sous l'influence des résultats obtenus (à savoir le programme a-t-il réussi à augmenter les niveaux de prévalence de la contraception).

Outre les critères susmentionnés, il existe une dimension subjective importante relative aux attitudes des personnes occupant des postes-clés dans le domaine de la planification familiale. Il arrive que des personnes nommées à la tête d'une commission pour la population

soient ouvertement hostiles à la planification familiale. Aussi, dans la mesure du possible, ce fait devrait également figurer dans une évaluation des "qualifications" du personnel.

Il n'existe pas d'indicateurs connexes dans les mesures des efforts des programmes de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross. Mais la littérature sur l'élaboration de politiques cite la qualité de la direction et de l'encadrement comme étant l'un des facteurs les plus importants dans le contexte politique, influençant la réussite ou l'échec du programme (File et Ness, 1985; Ickis, 1987; Lapham et Simmons, 1987).

## **IMPORTANCE DE LA PARTICIPATION DU SECTEUR COMMERCIAL**

### **Définition**

Cet indicateur est défini comme étant le pourcentage de la prévalence de la contraception moderne attribué au secteur commercial.

### **Données nécessaires**

Prévalence de la contraception par méthode et par source.

### **Source(s) de données**

EDS et autres enquêtes de la contraception.

### **But et questions**

Cet indicateur-sortie mesure un aspect de la dimension des ressources (politique opérationnelle) du contexte du programme: la participation du secteur commercial (par exemple, les prestataires privés, les pharmacies) à la prestation de services de planification familiale. Il s'agit d'un indicateur de la maturité organisationnelle du programme montrant s'il a réussi à mobiliser les ressources du secteur privé pour répondre à une demande croissante pour les services. Dans la plupart des sociétés, au fur et à mesure que les programmes évoluent, la part attribuée au secteur commercial dans la prévalence augmente par rapport à celle du secteur public et des ONG. Ce développement provient généralement des efforts faits par le programme public en vue de garantir sa viabilité dans le long terme (c'est-à-dire l'introduction de services payants pour ceux qui ont les moyens de payer) et de la demande croissante pour des services de planification familiale de bonne qualité.

Il est important de noter que certains programmes souhaitent rester au sein du secteur public, soit au regard de la faiblesse du secteur social, soit parce qu'il existe un solide soutien et des ressources suffisantes pour financer un programme assumé en grande partie par le secteur public. Les programmes de la Chine et de la Thaïlande sont des exemples de programmes mûrs qui continuent à dépendre du secteur public.

Dans certains cas, cet indicateur peut être élevé tout simplement parce que le programme public est faible. Mais puisque l'indicateur donnerait une fausse impression du contexte politique dans ces circonstances, il vaudrait mieux ne pas l'utiliser dans un tel cas.

Finalement, il convient de noter que la taille du secteur commercial dépend de facteurs socioéconomiques (par exemple, revenus des ménages, urbanisation) ainsi que de la politique publique. Dans des régions très pauvres, à prédominance rurale, un faible secteur commercial n'est probablement pas un indicateur valide du contexte politique.

La mesure similaire des efforts du programme de planification familiale de Lapham/Mauldin/Ross, *Participation des organisations et des groupes du secteur privé*, ne

reflète que la participation du secteur des ONG: "Mesure dans laquelle les organismes et les groupes du secteur privé concourent aux activités de planification familiale et aux autres activités de population. Ces groupes sont notamment les associations de planification familiale, les groupes de services spéciaux (par exemple, la stérilisation, les associations religieuses, etc). L'engagement ou l'assistance pour les activités de planification familiale et de population peuvent recouper les aspects suivants: prestation de services et fourniture de produits de planification familiale, formation, information et éducation en matière de planification familiale, affiliation à des groupes interorganisations s'occupant de planification familiale qui se réunissent au moins deux fois par an, soutien moral ou autres types d'assistance."

## **Chapitre III**

### **Activités des services**

- A. Management.**
- B. Formation.**
- C. Produits et logistique.**
- D. Information-Education-Communication (IEC)**
- E. Recherche et évaluation**

Les indicateurs pour chaque domaine fonctionnel sont indiqués au début des sections correspondantes.

### Chapitre III Indicateurs de mesure des activités de services

Les activités des services se rapportent aux différents volets ou activités d'un programme de planification familiale: gestion, formation, produits/ logistique, information-éducation-communication (IEC) et recherche/évaluation. Connues également sous le terme de domaines fonctionnels ou sous-systèmes, ces activités correspondent étroitement aux divisions constatées dans les organisations de planification familiale du monde entier. En outre, elles constituent un maillon important du contexte de l'offre de planification familiale tel qu'indiqué à la Figure I-2 du Chapitre I.

Le contexte de l'offre de planification familiale a été un domaine relativement négligé de l'évaluation de la planification familiale. Par le passé, l'accent était essentiellement mis sur les effets intermédiaires (prévalence de la contraception) et les effets à long terme (diminution de la fécondité). Une attention moindre a été consacrée aux facteurs qui précèdent ces effets dans le modèle conceptuel, à savoir les facteurs du côté de l'offre qui contribuent à la demande pour les services de planification familiale.

Tel que noté au Chapitre I, il existe deux grandes catégories de facteurs qui influencent la demande pour des services de planification familiale. D'une part, on a une série de facteurs socioéconomiques, religieux et culturels qui influencent les normes de la société et les préférences individuelles en ce qui concerne la dimension de la famille. Tel que démontré par Lapham et Mauldin (1985) et confirmé par Mauldin et Ross (1991), la diminution de la fécondité est associée au bien-être socioéconomique de la population. Par ailleurs, le manque de développement socioéconomique et ses conséquences sociales ont pour résultat de soutenir la demande pour de grandes familles dans de nombreux pays.

Mais la solidité des programmes existants de planification familiale joue également un rôle dans la diminution de la fécondité. Dans ces mêmes deux articles cités directement ci-dessus, on note une baisse de fécondité plus importante dans les pays avec un score élevé pour l'indice des efforts du programme de planification familiale. Le contexte de l'offre de la planification familiale peut influencer la demande d'enfants, en fournissant des services à ceux qui ressentent déjà le besoin d'espacer les naissances ou de limiter la dimension de la famille et en sensibilisant les autres aux conséquences d'une fécondité élevée et aux options possibles.

L'efficacité des différents domaines fonctionnels pris collectivement détermine l'adéquation et la performance du système de services de planification familiale dans un pays donné, mesurées en tant que sortie de services. Les trois dimensions au niveau sorties de services sont l'accès, la qualité et l'image (indiqués à la Figure I-2 du Chapitre I et présentées en détails au Chapitre IV). Il n'est pas difficile de visualiser les flèches entre les activités décrites dans ce chapitre et les éléments liés à l'accès, à la qualité et à l'image dont il est question dans le prochain. Par exemple, la formation permet d'augmenter le nombre de points de services fournissant des contraceptifs et la qualité des services fournis. L'IEC informe la population sur l'existence des services, encourage la qualité de ces services et rehausse l'image du programme.

Ceux qui travaillent dans l'un des domaines fonctionnels spécifiques de la prestation de services expriment souvent le désir de démontrer les résultats de leur travail sur ce qui "compte vraiment" dans la planification familiale: l'effet démographique. Vu l'attention accordée ces dernières années à la démonstration de l'impact démographique de la planification familiale, les experts de ces domaines fonctionnels se sont probablement sentis pousser à "prouver" que ce qu'ils faisaient avait un effet direct sur la prévalence de la contraception ou même sur la diminution de la fécondité.

Le modèle quasi expérimental est la meilleure approche scientifique pour démontrer l'impact d'un domaine fonctionnel. Dans la pratique, ces études se font généralement à petite échelle (souvent en tant que projet de recherche opérationnelle) et non pas pour le pays dans son entier. Dans le contexte d'un programme national de planification familiale, il serait difficile de tenir constants d'autres volets du programme pour pouvoir évaluer la contribution d'un domaine fonctionnel spécifique. En effet, il est difficile de refuser consciemment un service ou une communication éventuellement bénéfique à un groupe de la population. Par conséquent, l'évaluation de la contribution unique d'un domaine fonctionnel spécifique à l'effet général du programme est méthodologiquement possible mais n'est presque jamais faite.<sup>15</sup>

Il est utile de faire le rapprochement entre la contribution d'un domaine fonctionnel à l'effet du programme au niveau de la population (tel que nous l'avons fait dans le premier chapitre dans les Figures I-1 et I-2). Mais il n'est pas possible d'analyser le pourcentage de changement (par exemple, dans la prévalence de la contraception) pouvant être attribué à un domaine fonctionnel donné et, bien moins encore, le pourcentage de diminution de la fécondité pouvant être imputé à ce même domaine fonctionnel. Techniquement parlant, un système entier d'indicateurs permet l'étude de la contribution de chaque domaine au tableau démographique total. Mais ces indicateurs servent surtout à suivre l'apport des domaines à l'effort total déployé par le programme.

En général, les évaluations des domaines fonctionnels ne sont pas conçues pour "prouver" ou quantifier leur contribution à l'effort général mais plutôt pour identifier les domaines où les améliorations renforceront le programme de planification familiale.

Dans ce chapitre, nous présentons des indicateurs pour cinq domaines fonctionnels donnés dans le même ordre dans lequel ils sont présentés dans le modèle conceptuel (Chapitre I, Figure I-2). Dans le cas du management, de la formation et des produits/logistique, les indicateurs décrits ci-après ont été mis au point par les groupes de travail organisés par le Projet EVALUATION. Un Groupe de travail pour l'évaluation ne s'est pas encore réuni mais les indicateurs présentés dans la section sur la recherche et l'évaluation s'inspirent des discussions du Groupe de travail sur la recherche opérationnelle qui s'est réuni deux fois jusqu'à présent. Par

---

<sup>15</sup> Il convient de ne pas confondre l'évaluation de la contribution unique d'un domaine fonctionnel spécifique à l'effet du programme avec le côté faisable et souhaitable lié à l'évaluation des effets d'un programme dans son intégralité (reflétant la contribution de tous les domaines fonctionnels). Dans ce dernier cas, la méthode préférée est l'essai-témoin sur le terrain bien que, jusqu'à présent, elle ait été très sous-utilisée. Les programmes sont souvent passés à côté de bonnes occasions de faire "des essais naturels" dont la conception se fonde sur l'emplacement (emplacement géographique stratégique) d'interventions dans des zones choisies et sur le moment opportun de ces interventions.

contre, la section sur l'IEC est un avant-projet qui devra être élaboré davantage dans le contexte des futures réunions du groupe de travail sur ce thème.

## **Section A**

### **MANAGEMENT**

#### **Exemples d'indicateurs**

- ◆ Existence d'une mission claire qui aide à atteindre les buts du programme
- ◆ Réalisation des buts opérationnels
- ◆ Structure organisationnelle clairement définie
- ◆ Adéquation des effectifs
- ◆ Connaissance de la situation financière courante
- ◆ Accès à des informations courantes sur les domaines-clés du fonctionnement du programme
- ◆ Accès à des informations courantes sur l'état d'avancement du programme
- ◆ Capacité de suivi des produits

Le management est un terme qui est souvent défini avec peu de rigueur, d'où sa mauvaise compréhension. Ceci reflète, en partie du moins, les variations de la définition du terme d'une culture à l'autre et d'une organisation à l'autre (Laurent, 1983; Hofstede, 1982; Finkle et Ness, 1985). Et pourtant, on est plus ou moins d'accord pour dire qu'une grande partie de la réussite des programmes de planification familiale dans les pays en développement est due au management des programmes.

Cette section s'inspire des activités du Groupe de travail spécialisé en management, réuni dans le modèle du Projet EVALUATION pour se pencher sur la vaste littérature et l'ample expérience de terrain en matière de management de programmes de planification familiale afin d'élaborer un modèle conceptuel et de spécifier un ensemble d'indicateurs pour ce domaine fonctionnel. Les indicateurs proposés pour le domaine fonctionnel seront examinés de près, testés et affinés tout au long du Projet EVALUATION. Lors de la mise à jour du présent Manuel, les résultats des efforts ultérieurs faits en ce sens seront pris en compte ainsi que les commentaires provenant de personnes et d'organisations travaillant dans le domaine du management.

Le point de départ consiste à se donner une définition pratique du management du programme. Tel qu'indiqué dans l'introduction du présent Manuel, un programme de planification familiale est défini comme un programme organisé visant à fournir des informations, des produits et des services se rapportant aux méthodes modernes de contraception. Souvent, les programmes nationaux de planification familiale sont composés d'une entité nationale de coordination et d'une organisation principale de services aidées par des organisations

plus petites qui assument des fonctions spécifiques du programme et/ou prennent en charge des segments particuliers du marché. L'organisation principale est souvent une organisation affiliée au gouvernement. De fait, des entités des secteurs public et privé collaborent efficacement pour fournir des services de planification familiale dans diverses parties du monde (Ickis, 1987).

Le management est défini soit pour ce qu'il représente soit pour ce qu'il permet d'accomplir. Pour Warwick (1988), c'est la conception, l'organisation, la mise en œuvre, l'évaluation et la reconception des programmes et des activités de planification familiale. Pour Finkle et Ness (1985), le management est défini sous l'angle des principales tâches entreprises par des managers. Pour eux, la tâche principale du manager consiste à motiver et à diriger les personnes de sorte à ce que les ressources qu'elles représentent soient canalisées vers la réalisation des buts organisationnels. Dans les deux cas, le management est vu comme ayant une influence directe sur la répartition du travail et les récompenses au sein de l'organisation et, par conséquent, est distinct de la coordination qui n'implique qu'une influence partielle ou indirecte. Le management est un concept qui s'applique au programme national de planification familiale vu comme une entité ainsi qu'à chacune des organisations participantes.

Quelles que soient les définitions, c'est à la direction du programme qu'incombe la responsabilité de produire une sortie au niveau programme et un effet au niveau population, avec un ensemble donné d'entrées et de contraintes. C'est à la direction de guider les activités vers la production de la sortie souhaitée par le biais de trois types principaux d'activités ou de processus: planification, mise en œuvre et évaluation.

En envisageant des indicateurs pour le domaine fonctionnel du management, il est utile de penser à un management efficace comme à une série de caractéristiques ou de traits essentiels qui peuvent être vus comme des dimensions ou des éléments sous-jacents. On peut identifier huit dimensions ou éléments-clés:

- ◆ mission,
- ◆ planification/stratégie,
- ◆ organisation,
- ◆ ressources humaines,
- ◆ finances,
- ◆ information,
- ◆ suivi et évaluation, et
- ◆ logistique.

Le Groupe de travail sur le management a compilé une liste préliminaire de 63 indicateurs pour les huit éléments. Une mise au point ultérieure a permis d'arriver à la liste des indicateurs figurant en Annexe B du présent Manuel. Notons que, dans la plupart des cas, il a été jugé utile d'organiser les indicateurs par rapport à un élément particulier en termes de sous-éléments, tel qu'indiqué en Annexe B.

Suite à des limitations de place, il n'est pas possible de discuter en détails de chacun des indicateurs proposés dans ce Manuel. Aussi, avons-nous choisi un indicateur en guise d'exemple pour chaque élément. Les indicateurs choisis pour la présentation sont ceux dont on pensait qu'ils

se rapportaient le plus à "l'essence" même d'un élément donné, c'est-à-dire qu'ils reflétaient le produit ou la sortie finale des efforts faits par rapport à une dimension particulière. Cette approche est conforme à la perception selon laquelle le management est un processus orienté sur les résultats. Elle est également conforme à la "règle de contingence" proposée par Finkle et Ness (1985) voulant qu'il n'existe pas de panacée, ce qui compte, c'est le résultat final.

C'est donc le résultat final qui guide l'évaluation d'un élément donné avec les indicateurs proposés ici. Si la performance du management du programme est bonne concernant l'indicateur du résultat final, il est probable qu'elle sera également bonne pour les autres aspects mesurés par des indicateurs plus détaillés. En cas de non-performance de l'indicateur de résultat final, les autres indicateurs mesurant des facteurs ou des aspects spécifiques qui contribuent au résultat final pourraient s'avérer utiles pour détecter les domaines ou les aspects exigeant une attention supplémentaire.

En dernier lieu, il convient de reconnaître que, dans certains cas, les "limites" sont floues entre le management et d'autres domaines fonctionnels dont il est question dans le présent Manuel. En effet, le management chevauche souvent d'autres domaines. En d'autres termes, la réussite (ou l'échec) dans l'un de ces domaines fonctionnels est imputable, du moins partiellement, au management. Par exemple, la performance du programme dans les domaines de la formation ou de l'IEC est due en partie au fait que la direction du programme reconnaît son importance et octroie des ressources à son exécution.

Mais, dans la mesure où les influences d'un management efficace sur la sortie ou l'effet d'un programme sont souvent plus importantes que la somme des diverses activités entreprises, l'examen des indicateurs du management permettait de mieux saisir le fonctionnement du programme. Il convient de se rappeler de cela en revoyant les indicateurs présentés dans cette section. Dans l'application effective, on pourra envisager, en évaluant un domaine fonctionnel particulier, des indicateurs venant aussi bien de la section sur le management général que de domaines fonctionnels plus spécifiques.

## **EXISTENCE D'UNE MISSION CLAIRE QUI AIDE A ATTEINDRE LES BUTS DU PROGRAMME**

### **Elément**

Mission

### **Définition**

Le programme se donne une mission écrite dont la réalisation représente une contribution significative aux buts nationaux de la santé reproductive et de la planification familiale.

Une mission contribue à la réalisation des buts nationaux de la planification familiale si:

- ◆ elle est conforme aux politiques et aux priorités nationales concernant la planification familiale et la santé reproductive;
- ◆ elle donne une vision de l'avenir (pour, au minimum, cinq à dix ans);
- ◆ elle définit les services et les produits du programme;
- ◆ elle définit les publics visés par le programme; et
- ◆ elle est suffisamment claire et détaillée pour servir de fondement à l'élaboration des plans opérationnels.

### **Données nécessaires**

Exposé écrit d'une mission; information sur la mission du programme; information sur les politiques et les buts nationaux de la santé reproductive et de la planification familiale.

### **Source(s) de données**

Documents du programme.

### **Buts et questions**

Cet indicateur est une mesure récapitulative de l'existence d'une direction clairement définie sous forme de mission écrite. Bien que des programmes n'ayant pas de mission définie officiellement puissent également faire des contributions importantes aux buts nationaux de la santé reproductive et de la planification familiale, une mission claire remplit une fonction importante puisqu'elle aide la direction et le personnel du programme à se concentrer sur les objectifs à long terme. Un exposé de mission sous forme écrite, souvent donné dans des documents de planification stratégique, communique ce sentiment de mission aux publics internes et externes. Tel que noté ci-dessus, l'exposé de la mission devrait comporter un certain nombre d'éléments-

clés qui fournissent la base d'élaboration des plans opérationnels.

Une déclaration de mission ou de politiques qui définit des buts adaptés aux réalités internes et externes du programme (par exemple, si elle est appropriée et réaliste dans le contexte dans lequel évolue le programme) recevrait le score le plus élevé pour cet indicateur. Un programme qui n'a pas de mission officielle recevrait le score le plus faible. Le score entre les deux extrêmes serait déterminé par le degré de clarté et de cohérence de l'exposé de mission et son adéquation pour le programme au stade actuel auquel il est arrivé.

## **REALISATION DES BUTS OPERATIONNELS**

### **Elément**

Planification/stratégie

### **Définition**

Les buts de la planification opérationnelle du programme sur une période de référence définie (par exemple, les deux à trois dernières années) ont bien été atteints.

### **Données nécessaires**

Information concernant les buts de la planification opérationnelle pour la période couverte par l'évaluation; faits indiquant dans quelle mesure les buts ont été atteints.

### **Source(s) de données**

Documents de planification du programme; examen de performance et autres résultats des activités de suivi et d'évaluation.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure "axée sur les résultats" de la performance de planification opérationnelle du programme, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les objectifs de la planification sont atteints. En tant qu'indicateur du type "résultat final", il présuppose l'existence de plans stratégiques et opérationnels définis avec des objectifs et des cibles mesurables. Des programmes qui ne font pas de planification stratégique et opérationnelle ne peuvent pas vraiment être évalués (et, par conséquent, ont des scores médiocres) par rapport à cet indicateur car ils n'auront généralement pas de cibles et d'objectifs clairement spécifiés et mesurables.

Mais l'indicateur proposé va plus loin que la simple existence de plans stratégiques et opérationnels et essaie de voir si les plans sont vraiment utilisés pour guider les opérations de prestation de services. En se concentrant sur les résultats finaux de la planification stratégique et opérationnelle, l'indicateur peut également fournir une mesure, du moins partielle, de l'aspect réaliste des plans stratégiques et opérationnels au regard des ressources du programme et des contraintes existantes.

L'indicateur présuppose également l'existence d'un système de suivi et d'évaluation du programme qui fournit régulièrement des informations sur les progrès faits en vue d'atteindre les buts et les objectifs (Cf. élément 7 ci-après pour une discussion supplémentaire des systèmes de suivi et d'évaluation en tant qu'éléments-clés du management). Des programmes qui n'ont pas de moyens de mesurer la performance par rapport aux objectifs n'auront pas un score élevé pour cet indicateur.

Enfin, il faut noter que la validité de l'indicateur suppose que les stratégies et les plans utilisent les ressources pour rendre le programme plus efficace. Aussi, la capacité d'élaboration et de réalisation des plans est vue comme une caractéristique d'un management efficace.

## **STRUCTURE ORGANISATIONNELLE CLAIREMENT DEFINIE**

### **Elément**

Organisation

### **Définition**

Le programme/organisation a un organigramme et des documents à l'appui qui définissent les relations entre unités organisationnelles, l'ordre hiérarchique ainsi que les rôles et les responsabilités du personnel à tous les niveaux de l'organisation correspondant au fonctionnement effectif du programme.

### **Données nécessaires**

Preuves montrant que les relations entre les unités du programme, l'ordre hiérarchique ainsi que les rôles et les responsabilités du personnel ont été officiellement définies et décrivent exactement la manière dont les décisions sont prises au sein de l'organisation.

### **Source(s) de données**

Documents du programme et interviews avec le personnel du programme.

### **Buts et questions**

Cet indicateur éclaire l'un des aspects de la structure organisationnelle. Le lecteur est prié de se rapporter à l'Annexe B qui comprend une liste des autres sous-éléments et indicateurs sous l'élément organisation proposée par le Groupe de travail du management.

L'indicateur vise à fournir une mesure montrant si les rôles et les responsabilités au sein du programme sont clairement définis, tant "sur papier" que dans la pratique. Notons que l'indicateur ne recommande pas une structure organisationnelle particulière. Mais il essaie de voir dans quelle mesure la structure d'un programme, quelle qu'elle soit, est bien définie et si les responsables et le personnel connaissent leurs rôles et leurs responsabilités au sein de l'organisation. La validité de l'indicateur se fonde sur l'hypothèse selon laquelle une définition claire de la hiérarchie et des rôles et responsabilités au sein d'une organisation ou d'un programme aide à garantir une prise de décisions stratégiques et opérationnelles garantissant l'utilisation optimale des ressources disponibles. On suppose également que la structure du programme peut être changée (du moins partiellement) sous l'impulsion de la direction du programme. Il s'agit donc d'un critère valide pour évaluer le fonctionnement du management.

L'évaluation de la structure du programme ainsi que des rôles et responsabilités suppose une analyse des relations entre unités et personnel au sein du programme. Une telle évaluation commencerait normalement par une analyse de l'organigramme du programme et des descriptions des tâches du personnel. Un organigramme définissant clairement les limites et les relations entre

les différentes unités fonctionnelles et le personnel recevrait le score le plus élevé pour cet aspect de la structure. En revanche, un programme avec des relations non définies, dont l'extrême serait l'absence d'un organigramme, recevrait le score le plus faible.

Un second aspect concerne la mesure dans laquelle le processus décisionnel du programme correspond à la structure officielle du programme. Cela suppose qu'on évalue la composition du personnel et la mesure dans laquelle il prend effectivement les décisions stipulées par le schéma organisationnel (théorique). Cette dernière activité peut se faire, par exemple, en revoyant une ou plusieurs des décisions importantes prises récemment. On suppose qu'un programme avec un bon schéma organisationnel appliqué dans la pratique réussira mieux à atteindre ses objectifs qu'un programme avec un schéma qui existe uniquement sur papier. Par exemple, certains programmes ont des schémas organisationnels avec un processus décisionnel décentralisé (pour du moins les questions routinières) mais dans la pratique, les décisions ont tendance à être très centralisées. Aussi, l'organisation est-elle souvent lente à saisir les possibilités d'amélioration et le personnel hésite à prendre les décisions qui lui reviennent.

L'évaluation de ce dernier aspect tendra à être plus subjective que celle du premier. Une des approches serait d'utiliser une échelle allant de la parfaite conformité à la structure théorique de la prise de décisions à très peu, voire aucune conformité.

Là aussi, comme pour les indicateurs du "résultat final" de ce domaine fonctionnel, il serait bon, pour les programmes qui ont des scores faibles pour cet indicateur, d'examiner de près d'autres indicateurs plus spécifiques de la structure du programme pour chercher à détecter les domaines devant être améliorés.

## **ADEQUATION DES EFFECTIFS**

### **Elément**

Ressources humaines

### **Définition**

Toutes les positions spécifiées dans le plan de composition du personnel sont (à l'exception d'un petit nombre de postes vacants temporaires) pourvues par un personnel qui dispose des qualifications et des compétences nécessaires pour la position telle que spécifiée dans la description des postes.

"Compétence" veut dire que le personnel dispose des aptitudes nécessaires pour assumer les fonctions ou exécuter les activités d'un poste donné.

### **Données nécessaires**

Information sur les qualifications et les compétences nécessaires (par position); information sur les qualifications et les compétences du personnel.

### **Source(s) de données**

Documents et dossiers sur le personnel du programme; données provenant des systèmes d'information en gestion (SIG) sur le personnel, évaluations des compétences du personnel.

### **Buts et questions**

Cet indicateur offre une mesure générale de la gestion du personnel. L'indicateur mesure la performance effective par rapport à "l'étalon-or," situation où tous les postes sont pourvus par un personnel disposant de la formation et des compétences indiquées pour le poste dans la structure du personnel du programme.

L'indicateur suppose l'existence: (1) de descriptions de postes en fonction des qualifications et aptitudes nécessaires et (2) d'un volet-personnel du SIG qui suive les tâches et les compétences du personnel. Les programmes qui ne disposent pas d'un tel système devront faire des évaluations spéciales des compétences du personnel pour mesurer cet indicateur.

La mesure de la compétence est discutée plus en détails dans la présentation des indicateurs de la formation faite à la section suivante du Manuel.

## **CONNAISSANCE DE LA SITUATION FINANCIERE COURANTE**

### **Elément**

Finances

### **Définition**

La direction peut fournir des informations à jour sur les montants budgétisés et dépensés dans les grandes rubriques budgétaires.

### **Données nécessaires**

Information sur la connaissance qu'ont les modèles du programme des montants budgétisés et dépensés pour l'année courante, par poste budgétaire.

### **Source(s) de données**

Interviews avec les modèles du programme; documents sur le budget et les états financiers du programme.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure récapitulative de la capacité de gestion financière du programme. Il établit le parallèle entre une capacité à budgétiser et à suivre des dépenses dans les grandes catégories du budget et une bonne gestion financière. L'indicateur suppose l'existence (1) d'un plan stratégique et (2) d'un système de gestion financière avec informations à l'appui qui permet de suivre les recettes et les dépenses. Les programmes qui ne disposent pas de ces éléments ne peuvent pas faire une véritable évaluation de cet indicateur et il est donc très probable que, dans leur cas, il faille procéder à des améliorations dans la gestion financière.

Un autre indicateur -- type "résultat final" -- de la capacité de gestion financière pourrait être "la mesure dans laquelle on dispose de recettes suffisantes pour réaliser le plan stratégique ou la mesure dans laquelle on peut compter sur de telles recettes." Cet indicateur est une mesure de la capacité du programme à générer des recettes au même titre qu'une mesure dans laquelle les plans stratégiques de mobilisation des recettes sont réalistes au vu de la capacité du programme (et "des résultats passés").

## **ACCES A DES INFORMATIONS COURANTES SUR LES DOMAINES-CLES DU FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME**

### **Elément**

Information

### **Définition**

La direction du programme peut fournir des informations à jour sur les domaines-clés du fonctionnement du programme, notamment:

- ◆ les locaux et l'équipement,
- ◆ le personnel,
- ◆ les produits et la logistique,
- ◆ les finances, et
- ◆ les statistiques de services.

Les définitions du minimum d'informations nécessaires pour chacun de ces sous-systèmes sont données ci-après.

### **Données nécessaires**

Disponibilité d'informations courantes couvrant les domaines susmentionnés. Par exemple, comptes rendus réguliers d'un système d'informations en gestion (SIG), examens de programme annuels ou périodiques ou de rapports fondés sur des informations réunies par le programme ou encore utilisation régulière d'informations collectées par le programme lors des examens de performance et de l'élaboration du plan de travail annuel.

### **Source(s) de données**

Documents sur la planification de programmes et l'évaluation de la performance; examen des protocoles et sorties du SIG; interviews avec des responsables et des superviseurs du programme.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure du type "résultat final" de l'adéquation des informations dont dispose la direction du programme. Cet indicateur est centré sur la disponibilité de l'information courante qui est vue comme étant d'importance capitale pour une bonne gestion.

L'indicateur suppose l'existence d'un système d'informations en gestion (SIG) ou de sous-systèmes qui étayent la planification et la prise de décisions dans chacun des domaines-clés du fonctionnement du programme dont il est question ci-dessus. Les programmes qui n'ont pas un SIG établi ne disposeront pas en général d'informations courantes dont puisse se servir la direction. Des "scores" partiels sont possibles pour cet indicateur puisque certains programmes

pourraient avoir des informations relativement à jour sur certains domaines (par exemple, statistiques de services et produits et logistique) mais pas sur d'autres. Les programmes qui ont des systèmes d'informations en gestion plus développés auront un score plus élevé pour cet indicateur que les programmes qui n'ont que des systèmes d'information partiellement élaborés.

En donnant un score à cet indicateur, l'information suivante est considérée comme un minimum pour chaque sous-système.

- ◆ Locaux et équipement: nombre, emplacement et services fournis à tous les points de services; inventaire annuel de l'équipement, y compris emplacement et état actuel
- ◆ Personnel: effectif total, par formation/qualifications et responsabilités actuelles; nombre de postes vacants
- ◆ Produits et logistique: quantités achetées (par produit) pendant l'année courante, quantités en stock dans les dépôts centraux, quantités distribuées à partir des dépôts centraux pendant l'année en cours, niveaux de stock autorisés dans les points de services, nombre de ruptures de stock à ce jour sur l'année dans les points de services/d'approvisionnement
- ◆ Finances: montants budgétisés et dépenses à ce jour, par principal poste budgétaire
- ◆ Statistiques de services: nombre de visites dans les services de planification familiale, nombre de nouvelles utilisatrices, combinaison de méthodes des nouvelles utilisatrices.

Il convient toutefois de noter que l'indicateur n'essaie pas de voir si les responsables du programme utilisent effectivement l'information dont ils disposent. L'évaluation de cette dimension demanderait qu'on tienne compte d'autres indicateurs, par exemple, des mesures sur l'efficacité et l'efficience du programme. Voir la Section E du présent chapitre pour une discussion de plusieurs de ces indicateurs.

## **ACCES A DES INFORMATIONS COURANTES SUR L'ETAT D'AVANCEMENT DU PROGRAMME**

### **Elément**

Suivi et évaluation

### **Définition**

Les responsables et le personnel du programme peuvent présenter des données suffisamment à jour pour décrire les progrès faits pour atteindre les buts et les objectifs fixés dans les plans opérationnels et stratégiques du programme.

La définition de "suffisamment à jour" varie selon le type d'information. (Voir ci-après pour une discussion supplémentaire de ce point).

### **Données nécessaires**

Disponibilité d'informations pertinentes sur les progrès faits pour atteindre les buts et les objectifs du programme. Ces informations proviennent du suivi et de l'évaluation.

### **Source(s) de données**

Documents de programme et rapports d'examen et d'évaluation des programmes.

### **But et questions**

Cet indicateur est une mesure récapitulative indiquant si les responsables et le personnel du programme ont accès à des informations qui leur permettent de suivre les progrès faits en vue d'atteindre les buts et les objectifs du programme. L'indicateur suppose l'existence de buts et d'objectifs fixés par lors de la planification stratégique et opérationnelle. L'indicateur suppose également l'existence d'un système d'informations en gestion qui étaye la prise de décisions en gestion (Cf. l'indicateur précédent dans cette section). Par ailleurs, le programme doit être en mesure d'entreprendre des activités de recherche et d'évaluation (voir Section E de ce chapitre pour une discussion des indicateurs en ce domaine). Les programmes qui ne disposent pas de ces capacités n'auront pas un bon score pour cet indicateur.

L'accès du personnel aux informations sur les progrès ainsi que sur les domaines exigeant une attention complémentaire est jugé être un aspect important du présent indicateur puisque cela suppose l'existence de mécanismes de "feed-back" de la part de la direction supérieure de programme, facteur favorisant une meilleure performance du programme (Finkle et Ness, 1985).

L'inclusion du qualificatif "suffisamment à jour" dans la définition de l'indicateur vise à souligner la nécessité de faire un suivi et une évaluation organisés par rapport au calendrier des grandes décisions. Par exemple, dans la mesure où l'évaluation du processus est utilisée pour

informer l'examen annuel du programme ou l'élaboration du plan de travail, des informations des années précédentes seront nécessaires. Si les données se rapportant à la performance comparée aux objectifs du plan de travail annuel ne sont pas disponibles pour plusieurs années ultérieures, elles ne sont pas jugées être "suffisamment à jour".

Les résultats d'autres types d'évaluation (par exemple, les résultats des recherches opérationnelles, les résultats de l'évaluation sur l'efficacité ou l'efficience, etc.) ne sont pas nécessaires aussi fréquemment. Mais, pour que les programmes aient un score élevé pour le présent indicateur, ils doivent être disponibles à l'avance lorsqu'on veut les utiliser (par exemple, pour élaborer un nouveau plan stratégique quinquennal). Les indicateurs sur la capacité de recherche et d'évaluation sont discutés plus en détail dans la Section E du présent chapitre.

## **CAPACITE DE SUIVI DES PRODUITS**

### **Elément**

Logistique

### **Définition**

Le personnel du programme responsable de la gestion logistique est en mesure de faire un inventaire des éléments suivants:

- ◆ quantités achetées (par produit) pendant l'année courante,
- ◆ quantités en stock dans les dépôts centraux,
- ◆ quantités distribuées à partir des dépôts centraux pendant l'année courante,
- ◆ niveaux de stock autorisés dans les points de services/approvisionnement, et
- ◆ nombre de ruptures de stock, par emplacement et type de points de services/approvisionnement, pendant l'année en cours.

### **Données nécessaires**

Preuves indiquant que les données de gestion logistique décrites dans la définition de l'indicateur ci-dessus sont disponibles pour les responsables du programme.

### **Source(s) de données**

Rapports de programmes; système d'informations en gestion logistique et des produits.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure récapitulative de la capacité de suivi et de gestion des produits (achat et distribution). Une gestion logistique efficace a besoin d'informations exactes. Par conséquent, l'indicateur suppose l'existence: (1) d'un plan opérationnel des produits et de la logistique et (2) d'un système d'informations en gestion logistique (SIGL). Les responsables des programmes qui n'ont pas de SIGL ne seront pas en mesure de fournir les informations nécessaires pour l'indicateur.

Il convient de noter que cet indicateur n'est pas un indicateur du type "résultat final" dans le même sens que les indicateurs proposés pour les autres éléments de ce domaine fonctionnel. Des indicateurs davantage du type "résultat final" seraient par exemple "la fréquence des ruptures de stock" ou "la proportion de points de prestation de services ayant des niveaux de stocks conformes au plan." Mais vu que les produits et la logistique ont été retenus comme une

fonction-clé autonome au niveau de la prestation (Voir Section C de ce chapitre pour une discussion des indicateurs spécifiques à ce domaine fonctionnel), les indicateurs se rapportant aux produits et à la logistique, sous le titre management, insistent davantage sur l'existence de systèmes sous-jacents de gestion. Là aussi, tel que noté dans l'introduction du présent chapitre, les "limites" sont floues entre certains domaines fonctionnels. Les utilisatrices du Manuel peuvent choisir des indicateurs provenant de sections/chapitres différents s'ils les jugent pertinents pour l'évaluation d'une activité donnée du programme.

## **Section B**

### **FORMATION**

- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui atteignent les objectifs d'apprentissage
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui aident à atteindre les objectifs du programme sur le plan de la formation
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers où les méthodes pédagogiques conviennent au transfert de compétences et de connaissances
- ◆ Nombre de participants par type
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui maîtrisent les connaissances requises
- ◆ Nombre/pourcentage de participants compétents pour fournir un service spécifique de planification familiale
- ◆ Nombre/pourcentage de prestataires formés jugés compétents à un moment donné après la formation (par exemple, après six mois)
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui appliquent les aptitudes une fois de retour sur les lieux du travail.

Cette section puise énormément dans le travail du Groupe de formation organisé dans le modèle du Projet EVALUATION. Activité qui, elle-même, doit beaucoup au Groupe de travail précédent sur l'évaluation (réuni par la Division information et formation du Bureau de population).

La formation telle qu'utilisée dans ce chapitre se rapporte aux divers types d'activités, pouvant durer d'une journée à plusieurs mois, et dont le but spécifique est de renforcer les connaissances et compétences des participants concernant l'exécution de tâches spécifiques. Dans la présente version du Manuel, nous nous concentrons sur les indicateurs qui seraient les plus utiles pour la formation clinique en matière de contraception. Des indicateurs analogues sont nécessaires pour la formation dans d'autres domaines (à savoir dans l'un des domaines fonctionnels précisés dans la table des matières).

La formation - ainsi que les autres domaines fonctionnels - contribue à l'objectif visant à accroître les taux de prévalence, à diminuer la fécondité et à améliorer l'état de santé maternelle et infantile. Toutefois, cet effet est obtenu en renforçant le côté offre de la planification familiale: élargir l'accès aux services, améliorer la qualité des services (par exemple, un meilleur counseling, compétences améliorées des prestataires de services) et rehausser l'image du programme. Les indicateurs dans cette section mesurent d'une part l'exécution des activités de formation et, d'autre part, le résultat sur la prestation de services.

Le résultat de la formation peut être mesuré au niveau du participant et au niveau des systèmes de prestation de planification familiale. Par exemple, un des indicateurs concerne le nombre/pourcentage de prestataires formés qui appliquent les compétences par la suite dans leur travail. L'équivalent au niveau système est le nombre de points de services où des prestataires formés fournissent régulièrement des services. Vu que les indicateurs du système englobent les indicateurs utilisés pour évaluer le contexte de l'offre de la planification familiale (par exemple, l'accès au Chapitre IV), le présent chapitre se concentrera uniquement sur les indicateurs au niveau individuel (c'est-à-dire le niveau du participant).

Les indicateurs ci-après sont le produit de plusieurs réunions du Groupe de travail de la formation. Les comptes rendus de ces réunions apportent des détails complémentaires sur des indicateurs du système qui sont analogues aux indicateurs au niveau individuel décrits ici. Le rapport final du Groupe de travail sur la formation (Bertrand et Brown, 1993) présente tous les indicateurs mis au point pendant les réunions mais le présent Manuel n'inclut que ceux qui sont le plus utilisés actuellement par des organismes de formation.

## **NOMBRE/POURCENTAGE D'ATELIERS QUI ATTEIGNENT LES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE**

### **Définition**

"Objectifs" sont ceux indiqués dans le programme ou le plan de l'atelier.

### **Données nécessaires**

[Si évalué par des participants] Réponse à la question "A votre avis, est-ce que l'atelier a permis d'atteindre les objectifs mentionnés pendant la première séance?"

[Si l'atelier est évalué par un observateur indépendant qui a de l'expertise dans le domaine en question] Examen du contenu de l'atelier et observation des compétences des participants.

### **Source(s) de données**

Evaluation finale de l'atelier de la part des participants ou notes de l'observateur indépendant.

### **But et questions**

Le but de cet indicateur est de déterminer dans quelle mesure l'atelier apporte aux participants les connaissances et les compétences spécifiées dans les objectifs de l'atelier. Les évaluations des ateliers sont couramment utilisées lors de séances de formation pour le personnel de service. Par contre, l'observation de la part d'un observateur indépendant qui est un expert du thème en question est plus courante lors des formations des formateurs.

Les évaluations peuvent être déformées si les participants veulent faire plaisir au formateur et ne sont pas certains du caractère confidentiel de l'exercice. La meilleure manière d'éviter ce biais est d'insister sur le caractère confidentiel du formulaire d'évaluation.

## **NOMBRE/POURCENTAGE D'ATELIERS QUI AIDENT A ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU PROGRAMME SUR LE PLAN DE LA FORMATION**

### **Définition**

Les "objectifs du programme sur le plan de la formation" devraient être déterminés par une évaluation des besoins aux niveaux institutionnel ou national. Cet indicateur est mesuré par le nombre/pourcentage d'activités de formation qui contribuent à un objectif de formation spécifique et par le profil des participants dans chaque activité.

### **Données nécessaires**

Objectifs de formation du programme, nombre d'activités qui contribuent aux objectifs de formation et profil des participants à chaque activité.

### **Source(s) de données**

Rapports administratifs (Division de la formation).

### **But et questions**

Cet indicateur répond à la question suivante: dans quelle mesure le programme a-t-il réussi à exécuter le nombre et le type d'activités de formation précisées dans son plan de formation? Il est généralement utilisé par rapport à un objectif spécifique. L'information-clé est le nombre d'ateliers organisés par thème (par exemple, le nombre d'ateliers qui ont permis de former les prestataires en matière d'insertion/retrait du DIU, le nombre de formations de formateurs en chef). Il ne mesure pas l'adéquation des activités de formation en elles-mêmes.

Le nombre absolu d'activités de formation (par type de formation) doit être interprété par rapport au nombre jugé nécessaire par les experts qui ont élaboré le plan de formation. Aussi, si on a jugé qu'une formation des formateurs était nécessaire et si celle-ci a été réalisée avec le nombre et le type de participants prévus, alors "1" représenterait une performance satisfaisante pour cet indicateur. Par contre, si le même programme a réalisé cinq recyclages pour des agents de distribution communautaire mais si ce chiffre ne représentait que la moitié du nombre indiqué dans le plan de formation, alors la performance sera évaluée en conséquence.

Cet indicateur suppose que le plan de formation a été élaboré en fonction d'une évaluation adéquate des besoins de la situation locale. Dans le cas contraire, les résultats de cet indicateur n'ont plus du tout la même valeur.

## **NOMBRE/POURCENTAGE D'ATELIERS OU LES METHODES PEDAGOGIQUES CONVIENNENT AU TRANSFERT DE COMPETENCES ET DE CONNAISSANCES**

### **Définition**

"Méthodes pédagogiques" se rapportent à une série de techniques et d'approches utilisées lors de l'activité; les "compétences/connaissances" sont spécifiques à chaque atelier ou activité.

### **Données nécessaires**

Liste de toutes les activités de formation. Objectifs de chaque activité et outils d'évaluation spécifiques à cette activité.

### **Source(s) de données**

Formulaires d'évaluation remplis par des participants ou notes d'un observateur expert recruté pour évaluer les compétences des participants.

### **But et questions**

Cet indicateur est utilisé par des organismes de formation pour l'évaluation interne de leurs propres activités. Par exemple, si un formateur est recruté pour un atelier sur les compétences cliniques pour l'insertion et le retrait du DIU et s'il a uniquement fait des exposés, cela ne sera pas considéré comme une méthode pédagogique appropriée pour le transfert des compétences.

Les commentaires des observateurs sont compilés par des organismes de formation dans le modèle de leur documentation du projet. Souvent, les directeurs des projets ou d'autres personnes associées à la formation noteront ces commentaires dans les rapports, une fois de retour dans leur organisation.

Cet indicateur est donné par rapport à des ateliers spécifiques et n'est pas cumulé sur plusieurs ateliers puisque son but principal est de montrer comment améliorer les méthodes pédagogiques dans des contextes spécifiques ou par rapport à des thèmes particuliers. Mais dans le modèle d'une évaluation externe, cet indicateur pourrait être donné comme une mesure cumulative.

## **NOMBRE DE PARTICIPANTS PAR TYPE**

### **Définition**

"Participant" concerne une personne qui assiste à une formation, quel que soit le type d'activités pédagogiques et quelle qu'en soit la durée. Le "type" de participant se rapporte aux différentes catégories de participants (par exemple, médecins, infirmiers, assistantes sociales) ou au sujet traité (par exemple, insertion de DIU, insertion d'implants de NORPLANT®, contraception chirurgicale volontaire).

### **Données nécessaires**

Nombre de personnes (en fonction d'une liste effective de noms aux fins d'éventuelles vérifications).

### **Source(s) de données**

Les rapports gardés généralement par la Division de la formation qui sont utilisés à des fins administratives pendant la formation (par exemple, distribution des indemnités journalières) et pour le suivi ultérieur des participants.

### **But et questions**

L'indicateur est une mesure brute de l'activité utilisée pour déterminer si un programme/projet atteint le but qu'il s'est donné et/ou pour suivre les progrès faits d'une année à l'autre. Mais "l'unité de mesure" n'est pas à strictement parlé uniforme puisque "un participant" peut avoir suivi une formation d'une journée alors qu'un autre l'aura fait pendant trois mois.

La mesure peut encore être améliorée de plusieurs manières:

- ◆ en exprimant le nombre de participants par catégorie de formation;
- ◆ en exprimant le nombre de participants comme étant le pourcentage prévu pour la formation pendant une année donnée;
- ◆ en exprimant le nombre de participants comme le pourcentage de l'effectif devant être formé en fonction des objectifs du programme national. Ces effectifs sont déterminés par le biais d'une évaluation systématique des besoins faite avant de démarrer les activités de formation; et
- ◆ en exprimant le nombre de personnes qui ont réussi l'atelier en tant que pourcentage du total qui y a assisté.

## **NOMBRE/POURCENTAGE DE PARTICIPANTS QUI MAITRISENT LES CONNAISSANCES REQUISES**

### **Définition**

"Maîtriser les connaissances requises" doit être défini en termes se rapportant à un contexte donné. "Maîtrise" est utilisée dans le sens classique par rapport à l'acquisition de connaissances. ("Compétence" comprend connaissances et aptitudes. Voir indicateur suivant.)

### **Données nécessaires**

Liste de personnes, maîtrise prouvée des connaissances.

### **Source(s) de données**

Dossiers administratifs (dossiers de formation); test écrit (test préalable et final des connaissances).

### **But et questions**

Cet indicateur utilisé couramment pour l'évaluation de la formation mesure chez le participant la capacité de rétention d'informations-clés dans le court terme. De faibles scores signifient des problèmes au niveau de l'atelier et/ou l'incapacité d'absorber l'information chez le participant. Chaque organisme de formation qui élabore ou utilise des manuels de formation définit les connaissances devant être acquises par chaque catégorie de participants dans le domaine spécifique. Ces connaissances sont testées lors des tests préalables et finaux.

Les résultats du test indiquent si le participant comprend certains points-clés même si le nombre et la définition des points-clés varient selon le contexte. Les éléments qui font partie du test devraient être ceux qui sont les plus pertinents pour l'exercice de formation donné. Si les mêmes questions sont utilisées lors des tests ultérieurs, cet indicateur peut être utilisé pour suivre les tendances dans le temps au sein d'un programme.

Le manque de standardisation des éléments de ces tests représente une limitation de cet indicateur. Certaines organisations de formation ont une liste-type de questions qu'elles encouragent les organisations des pays hôtes à adopter. Certains pays toutefois préfèrent concevoir leurs propres questions. Ce manque de standardisation fait qu'il est difficile de comparer les résultats d'un pays à l'autre et même d'un programme à l'autre au sein d'un même pays. Un second problème concerne le manque d'une définition uniforme pour le mot "maîtrisé". Par exemple, dans certains pays, les participants réussissent le test avec 60% des réponses justes alors que dans d'autres, le score nécessaire pour réussir est de 100%.

En dépit de ces limitations, les organismes de formation utilisent généralement cet indicateur pour mesurer la qualité de la formation. Par exemple, il faut telle note pour être certifié et, dans certains pays, les prestataires de services doivent obtenir le certificat avant d'avoir

l'autorisation de pratiquer.

## **NOMBRE/POURCENTAGE DE PARTICIPANTS COMPETENTS POUR FOURNIR UN SERVICE SPECIFIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

"Compétent" veut dire que le participant est apte à fournir le service selon une norme déterminée par l'atelier de formation. Le responsable de l'évaluation doit donc connaître le contexte. "Compétent" est utilisé par des organismes de formation pour l'acquisition d'aptitudes et vu que la connaissance est généralement nécessaire pour acquérir une aptitude, le terme compétence couvre aussi bien la connaissance que les aptitudes.

### **Données nécessaires**

Evaluation des participants par rapport à des normes établies pour un certain nombre de tâches de planification familiale, évaluation faite par un observateur expert.

### **Source(s) de données**

Liste de vérification de l'observateur expert.

### **But et questions**

Cet indicateur sert à mesurer la compétence technique des participants à la fin de la formation ou par la suite en ce qui concerne des aptitudes spécifiques. Il reflète aussi bien l'adéquation de la formation en ce qui concerne ces aptitudes que la capacité des participants à absorber l'information.

Souvent, l'instrument utilisé dans cette évaluation est une liste de vérification des compétences. Des efforts notables ont été faits pour uniformiser les articles sur la liste de vérification. En outre, plusieurs organismes de formation ont cherché à uniformiser l'interprétation de chaque élément de la liste (par exemple, qu'est-ce qui constitue la performance satisfaisante de telle technique).

Mais, au niveau terrain, il existe un manque de constance dans les critères qu'utilisent les responsables de l'évaluation pour définir la compétence. Certains programmes souhaitent un niveau de 100% avant de juger que le participant est compétent alors qu'une autre organisation pourrait juger que la personne est compétente si 50% seulement des tâches sont effectuées correctement. Dans certains cas, il n'existe pas de normes locales pour la prestation de services de PF et, dans ce cas, des normes internationales peuvent être utilisées.

L'évaluation de la compétence est généralement plus complexe que le test des connaissances (voir indicateur précédent). Mais ces aptitudes sont souvent plus importantes pour la qualité des soins que les éléments de la connaissance, mesurables eux de manière plus précise. Par conséquent, les aptitudes sont très importantes pour l'évaluation des activités de formation.

## **NOMBRE/POURCENTAGE DE PRESTATAIRES FORMES JUGES COMPETENTS A UN MOMENT DONNE APRES LA FORMATION**

### **Définition**

"Prestataires formés" se rapportent à des personnes qui ont participé à une ou à plusieurs activités de formation.

"Compétent" est défini par l'indicateur précédent par rapport à une aptitude spécifique (par exemple, insertion du DIU, retrait des implants NORPLANT®).

### **Données nécessaires**

Spécification de l'aptitude (par exemple, insertion du DIU, retrait des implants NORPLANT®) et normes établies pour l'aptitude.

Evaluation du niveau de compétence des prestataires formés, faite par un observateur expert.

### **Source(s) de données**

Normes nationales pour la prestation de services ainsi que liste de vérification et notes de l'observateur expert.

### **But et questions**

Cet indicateur est utile pour déterminer la rétention des aptitudes acquises pendant la formation et pour identifier les éventuels candidats devant suivre un recyclage. Il mesure aussi bien l'adéquation de la formation en vue d'impartir ces aptitudes que la capacité des participants à assimiler l'information.

Si un prestataire formé n'arrive pas à acquérir la compétence nécessaire, il faut en trouver les raisons dont l'une pourrait être le manque de pratique suite à un nombre insuffisant de clientes pour le service en question. De fait, cet indicateur ne reflète pas tant la qualité de la formation que le contexte de travail après la formation (par exemple, type et fréquence de supervision, demande pour les techniques en question).

Par contre, un prestataire de services peut améliorer son niveau en exécutant continuellement la tâche pendant les mois qui suivent la formation. Dans le langage des organisations de formation, le terme "compétent" peut être utilisé pour décrire une personne qui a gardé, ou même amélioré une technique spécifique grâce à une pratique continue lors de la prestation régulière de services.

L'évaluation des participants à un moment donné après la formation peut également comprendre un test de leurs connaissances sur des thèmes se rapportant à la planification familiale. Les articles de ces tests seront analogues à ceux utilisés pour évaluer "la maîtrise des connaissances" à la fin du stage.

## **NOMBRE/POURCENTAGE DE PARTICIPANTS QUI APPLIQUENT LES APTITUDES UNE FOIS DE RETOUR SUR LES LIEUX DU TRAVAIL**

### **Définition**

Les "aptitudes" doivent être définies sur le plan opérationnel par rapport au poste et aux normes locales.

### **Données nécessaires**

Liste des aptitudes pertinentes par rapport au poste qu'occupe le prestataire formé; utilisation des techniques en question.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services concernant le nombre de procédures exécutées, études de suivi parmi les prestataires formés.

### **But et questions**

Cet indicateur est particulièrement utile pour déterminer l'utilité de la formation dans le modèle du travail que font par la suite les participants. De même, il mesure le rendement de l'investissement fait par l'organisation qui parraine la formation. En d'autres termes, cet indicateur mesure le pourcentage de personnel formé qui travaille effectivement dans le domaine pour lequel il a été formé.

Si l'aptitude en question est une procédure clinique spécifique telle que l'insertion des implants NORPLANT®, alors les statistiques de services sur le nombre d'implants NORPLANT® seraient une preuve d'utilisation de la technique.

Mais, dans de nombreux cas, l'application des compétences sera moins tangible, par exemple, en ce qui concerne le counseling des clientes de planification familiale. En principe, un meilleur counseling devrait faire augmenter le nombre de clientes mais de telles mesures concrètes sont souvent influencées par de nombreux autres facteurs (par exemple, le transfert du participant du service de PF à celui de la lutte contre le paludisme). Dans de tels cas, on pourra interviewer les prestataires de services formés pour voir quels sont les éléments de la formation dont ils se servent dans leur travail.

Cet indicateur ne reflète pas tant la qualité de la formation que: (1) l'adéquation du processus de sélection (par exemple, est-ce que la bonne personne a été envoyée à la formation) et (2) la demande pour de telles aptitudes dans le service en question. Il suppose que le système peut absorber des prestataires nouvellement formés et leur donner l'occasion d'utiliser leurs compétences. Mais des études de suivi des prestataires formés pourraient révéler qu'ils n'appliquent pas leurs aptitudes dans le modèle de leur travail si: (1) après la formation, ils sont transférés à un autre poste où les aptitudes sont inapplicables ou (2) s'il existe une faible demande

pour l'aptitude à laquelle ils ont été formés (par exemple, vasectomie dans certains pays).

## **Section C**

### **PRODUITS ET LOGISTIQUE**

- ◆ Déperditions dans le pipeline
- ◆ Pourcentage de la capacité de stockage répondant à des normes acceptables
- ◆ Fréquence des ruptures de stock
- ◆ Pourcentage de points de services approvisionnés selon le plan
- ◆ Pourcentage de personnel-clé formé en matière de logistique des contraceptifs
- ◆ Indicateur composite pour les produits et la logistique

Le système d'approvisionnement en contraceptifs et produits connexes aux points de services du programme constitue un élément critique des opérations de prestation de services de planification familiale. Une gestion logistique efficace demande qu'on fasse attention aux CINQ BONS: la bonne quantité de produits de bonne qualité envoyés au bon endroit, au bon moment et au bon coût. Le rôle de la gestion du système logistique consistant à transformer les entrées du programme et des bailleurs de fonds (sous forme de produits contraceptifs et de financement) en sorties du programme (accès au service, qualité et image du programme) est décrit dans le modèle conceptuel de la Figure III-1.

En envisageant des indicateurs pour ce domaine fonctionnel, l'attention a d'abord été accordée aux principaux domaines ou sous-systèmes logistiques. Une liste d'indicateurs a été élaborée sur cette base et présentée au Groupe de travail sur les produits et la logistique lors de sa réunion initiale (Projet EVALUATION, 1992a). Lors de cette réunion, l'avis général de tous ceux présents était que l'élaboration des indicateurs pour les systèmes de produits et de logistique en était à un stade relativement précoce comparée à certains des autres domaines fonctionnels de la prestation de services. Plusieurs organismes collaborateurs représentés lors de la réunion ont indiqué qu'ils n'avaient pas, pour le moment, d'indicateurs axés tout particulièrement sur ce domaine fonctionnel.

Deux problèmes se sont présentés en revoyant les indicateurs proposés lors des deux premières réunions du Groupe de travail et lors de la période intermédiaire. Premièrement, il faudrait tenir compte d'un nombre relativement important de facteurs ou de caractéristiques pour pouvoir évaluer, de manière adéquate, la situation ou la performance des systèmes de logistique. Deuxièmement, une grande majorité de ces facteurs ou caractéristiques étaient de nature qualitative et tout essai fait en vue de les quantifier s'est avéré difficile. Tout au long, on avait tendance à perdre de vue des aspects-clés d'un système de gestion logistique qui fonctionne bien.

Sur la base de ces observations, une décision a été prise lors de la seconde réunion du Groupe de travail en vue de: (1) identifier un petit nombre d'indicateurs individuels pouvant être

quantifiés de manière significative et (2) élaborer un indice composite général qui récapitulerait en une seule mesure les nombreuses dimensions, tant quantitatives que qualitatives, contribuant à des systèmes logistiques efficaces (Projet EVALUATION, 1993a). Le modèle d'élaboration de l'indicateur composite était l'indice des efforts du programme mis au point par Lapham et Mauldin (Lapham et Mauldin, 1984). Il convient de noter que l'indicateur composite qui en résulte pour les produits et la logistique connaît le même problème d'objectivité que l'indice des efforts du programme.

Les discussions du Groupe de travail insistaient sur l'interprétation circonspecte des indicateurs individuels du domaine fonctionnel des produits et de la logistique. En effet, il est tout à fait possible que des indicateurs puissent embrouiller la piste. Par exemple, pour éviter des ruptures de stock, les prestataires de services pourraient bien rationner les fournitures, allant ainsi à l'encontre de l'objectif final du programme. Les indicateurs pourraient également aller en sens inverse de l'évolution des systèmes logistiques. Par exemple, le volume de pertes apparentes dans le système pourrait augmenter au fur et à mesure que les programmes améliorent leur capacité à suivre les pertes du système. Aussi, semblerait-il que des indicateurs individuels dans ce domaine fonctionnel doivent être évalués de pair avec d'autres indicateurs et avec l'indice composite si l'on veut les utiliser judicieusement.

Pour terminer, il convient de réitérer que les travaux concernant l'élaboration d'indicateurs dans ce domaine fonctionnel en sont à un stade relativement peu avancé. D'autres travaux sont prévus concernant une utilisation réaliste des indicateurs proposés, les questions d'objectivité des mesures et l'élaboration d'indicateurs pour les dimensions de la gestion des produits et de la logistique dont ne tient pas suffisamment compte l'ensemble proposé d'indicateurs.

## **DEPERDITIONS DANS LE PIPELINE**

### **Définition**

Le rapport entre les déperditions totales des produits contraceptifs et la quantité distribuée aux clientes pendant une période de temps spécifiée (par exemple, un an).

"Déperditions" se rapportent aux fournitures expirées, endommagées ou perdues.

### **Données nécessaires**

Quantités de produits distribués aux clientes pendant la période, quantités périmées ou endommagées, estimations de pertes.

### **Source(s) de données**

Système d'informations en gestion de produits et de logistique.

### **But et questions**

Cet indicateur fournit une mesure générale de l'efficacité du système de produits et de logistique, mettant à jour les insuffisances au niveau de certaines des composantes-clés des opérations du système. Mais l'indicateur ne fournit pas d'informations sur la composante ou les composantes à l'origine des lacunes constatées.

Un mauvais système de logistique ne dégagera pas l'information nécessaire pour calculer cet indicateur.

Même dans le meilleur des systèmes, il faut s'attendre à un certain niveau de déperditions. Aussi, l'indicateur n'arrive-t-il normalement jamais à zéro. Toutefois, on juge préférable d'avoir une petite quantité de pertes plutôt que de connaître des ruptures de stocks occasionnelles (ou fréquentes).

## **POURCENTAGE DE LA CAPACITE DE STOCKAGE REpondant A DES NORMES ACCEPTABLES**

### **Définition**

Le pourcentage de la capacité totale de stockage dont dispose le programme qui réponde à des normes acceptables du point de vue température, humidité, ventilation, etc.

### **Données nécessaires**

Capacité totale de stockage et estimations de la capacité conforme aux normes.

### **Source(s) de données**

Les informations sur la capacité totale de stockage devraient être disponibles à partir du système d'informations en gestion de produits et de logistique.

Le pourcentage de la capacité totale de stockage répondant aux normes devra être estimé par le biais d'évaluations ponctuelles faites sur place par le personnel responsable de la supervision ou d'autres personnes possédant une expertise en gestion logistique.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure générale de l'adéquation des structures de stockage du programme pour les produits contraceptifs.

L'indicateur pourrait être appliqué à chaque niveau du système de produits et de logistique (par exemple, aux niveaux central, local et des centres de santé) pour fournir une évaluation plus détaillée de la situation de stockage des produits aux différents niveaux.

Il convient toutefois de noter que les besoins de stockage changent selon la méthode. Par exemple, il faut une plus grande capacité de stockage, par CAP, pour les préservatifs que pour le DIU. Aussi, l'indicateur accorde-t-il un plus grand poids à l'emmagasinement des préservatifs qu'à l'emmagasinement de méthodes qui demande moins de place.

L'évaluation de l'adéquation des locaux d'entreposage devrait tenir compte de la liste suivante de 19 points de vérification pour un bon stockage:

1. Nettoyer et entretenir régulièrement le dépôt.
2. Réparer le toit pour éviter les fuites d'eau.
3. Eviter que l'eau ne pénètre dans le dépôt.
4. Bien ventiler le dépôt.
5. Bien éclairer le dépôt.
6. Désinfecter et pulvériser régulièrement pour tuer les insectes.
7. Ne pas stocker les produits dans la lumière directe du soleil.

8. Ne pas stocker les cartons de préservatifs et de gants en caoutchouc près des moteurs électriques et des lumières fluorescentes.
9. Stocker les produits à 10 cm au moins au-dessus du sol, de préférence sur des palettes en bois ou en acier.
10. Stocker les produits au moins à 30 cm des murs et des autres piles de produits.
11. Séparer les produits par lots et de manière accessible pour la méthode de distribution, de comptabilisation et de gestion générale selon "premier expiré, premier sorti."
12. Ne pas faire de piles de produits dépassant 2,5 m.
13. Disposer les cartons pour que les étiquettes d'identification et autres labels soient visibles.
14. Distribuer les produits par lot de cartons ou de boîtes.
15. Vérifier la disponibilité et l'accessibilité de l'équipement contre les incendies.
16. Rendre le dépôt accessible à tout moment.
17. Séparer et jeter sans tarder les produits endommagés et condamnés.
18. Ne pas stocker les insecticides et les produits chimiques près des autres fournitures.
19. Ranger séparément les vieux dossiers, la documentation et autre matériel

## **FREQUENCE DES RUPTURES DE STOCK**

### **Définition**

Le pourcentage de points de services qui ont connu, ces 12 derniers mois, une rupture de stock pour une méthode ou une marque donnée.

### **Données nécessaires**

Information sur la fréquence des ruptures de stock pour tous les points de services.

### **Source(s) de données**

Système d'informations en gestion de produits et de logistique; rapports de supervision et/ou rapports du personnel.

### **Buts et questions**

Cet indicateur évalue dans quelle mesure les points de services n'ont pas pu servir des clientes avec la gamme entière de méthodes ou de services contraceptifs autorisés pendant l'année passée suite à un manque de fournitures. Il serait souhaitable d'avoir un indicateur plus sensible mais d'autres spécifications semblent poser des problèmes en ce qui concerne la collecte et la compilation d'informations par méthode et par marque.

Aux termes de la définition de rupture de stock adoptée pour cet indicateur, on juge qu'il y a rupture de stock lorsqu'un point de services n'a pas de fournitures pour une marque donnée, même s'il existe des produits d'autres marques pour la même méthode.

Il convient d'interpréter avec circonspection cet indicateur car les agents de la planification familiale peuvent éviter les ruptures de stock en rationnant les fournitures.

## **POURCENTAGE DE POINTS DE SERVICES APPROVISIONNES SELON LE PLAN**

### **Définition**

Le pourcentage de points de services ayant, à un moment donné, des niveaux de stock entre leurs niveaux minimums et maximums calculés.

### **Données nécessaires**

Niveaux de stock minimums/maximums pour chaque point de services. Niveaux de stock effectifs à un moment spécifié.

### **Source(s) de données**

Le système d'informations en gestion de produits et de logistique devrait fournir les niveaux de stock minimums/maximums.

Les données sur les niveaux de stocks effectifs peuvent être obtenues par le biais d'enquêtes périodiques faites auprès d'un échantillon de points de services.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure générale de l'efficacité des volets prévision et distribution du système de produits et de logistique mais ne fournit pas d'informations sur les composantes à l'origine des lacunes observées.

L'indicateur suppose que chaque point de services a un système minimum/maximum. Dans le modèle d'un tel système, les niveaux minimums et maximums sont fixés en fonction des quantités distribuées aux clientes lors de périodes précédentes. Le niveau de stock minimum est le niveau en dessous duquel les stocks ne devraient pas tomber sans que cela ne déclenche une commande. Le niveau de stock maximum est le niveau au-dessus duquel les stocks ne devraient pas grimper dans des circonstances normales.

## **POURCENTAGE DE PERSONNEL-CLE FORME EN MATIERE DE LOGISTIQUE DES CONTRACEPTIFS**

### **Définition**

Le pourcentage du personnel-clé du programme qui a reçu une formation portant sur les aspects de la gestion en logistique se rapportant à leur rôle/position.

"Personnel-clé" est défini comme le personnel ayant des responsabilités importantes concernant les acquisitions, l'emmagasinage, la distribution et/ou les sorties de produits contraceptifs.

### **Données nécessaires**

Comptes du nombre total de "personnel-clé" et du nombre formé.

### **Source(s) de données**

Rapports du programme.

### **But et questions**

Là aussi, il s'agit d'un indicateur brut de la valorisation du personnel puisqu'il ne fournit pas d'information sur la qualité de la formation ni sur la mesure dans laquelle la performance s'est améliorée suite à la formation. Toutefois, on le préfère à des indicateurs tels que "le nombre de personnes formées par an" ou "le nombre de séances de formation organisées" puisque les niveaux idéaux de ces indicateurs varieront suivant les besoins du programme.

## **INDICATEUR COMPOSITE POUR LES PRODUITS ET LA LOGISTIQUE**

### **Définition**

Indice composite général de la situation du système du point de vue produits et logistique.

### **Données nécessaires**

"Scores" au niveau système pour chaque élément et article de l'indice (voir ci-après pour les détails sur les éléments et les articles composant l'indice).

### **Source(s) de données**

Evaluations faites par les modèles supérieurs du programme ou d'autres personnes connaissant bien la gestion logistique.

### **Buts et questions**

Tel qu'il est décrit dans l'introduction à la présente section du Manuel, l'objectif de cet indicateur récapitulatif est de fournir une base pour évaluer les activités relatives aux produits et à la logistique. Cette évaluation porte sur un nombre relativement important de caractéristiques pertinentes des systèmes de logistique qui sont parfois de nature qualitative et subjective et donc difficiles à quantifier. L'indice doit normalement être rempli par des personnes qui connaissent bien la gestion du système logistique. Elles devront évaluer la situation courante des systèmes de produits et de logistique d'un programme de manière aussi objective que possible vu la nature qualitative intrinsèque d'un grand nombre des caractéristiques jugées importantes dans le modèle de systèmes fonctionnant bien.

L'indicateur couvre tous les aspects des systèmes de logistique. Il comporte neuf éléments majeurs:

- ◆ système SIGL,
- ◆ prévisions,
- ◆ acquisitions,
- ◆ emmagasinage et stockage,
- ◆ distribution,
- ◆ effectifs et formation,
- ◆ questions de politiques,
- ◆ questions se rapportant aux bailleurs de fonds, et
- ◆ organisation.

Les articles spécifiques sous chaque élément sont indiqués ci-après. Chaque article sera noté sur une échelle, par exemple 0 à 1 ou 0 à 3 où le zéro indique le manque ou l'absence complète de l'activité et où le score le plus élevé indique que l'activité s'est déroulée entièrement et correctement. Les scores intermédiaires indiquent divers niveaux d'achèvement et de qualité.

Tous les articles avec un élément seront additionnés pour arriver à un score total pour l'élément. Les scores pour tous les groupes majeurs seront additionnés pour arriver à un score total pour l'indicateur. Des poids relatifs pour les différents éléments et articles seront élaborés par le Groupe de travail pour les produits et la logistique tout au long du Projet EVALUATION et seront fournis dans la version mise à jour du présent Manuel.

Voici les éléments et les indicateurs proposés de l'indice composite:

### 1. Système d'informations en gestion logistique (SIGL)

- ◆ Compte des éléments fondamentaux d'un SIGL: stock de départ, produits reçus, produits distribués, soldes finaux et déperditions.
- ◆ Fiches de contre-vérification: données sur les produits distribués et les produits reçus, données sur les distributions et les statistiques de services, données logistiques et données d'enquête, audits sur le terrain, etc.
- ◆ Le système SIGL est utilisé pour la prévision et les commandes des fournitures.
- ◆ Feed-back du SIGL aux stations en aval du système de distribution.

### 2. Prévisions

- ◆ Préparation des prévisions périodiques par méthode et par marque.
- ◆ Les prévisions sont reliées aux calendriers des achats (note: les calendriers ou les cycles des acquisitions varient suivant des facteurs tels que l'emplacement des fournitures, la source de financement, etc.).
- ◆ Les prévisions sont intégrées à l'analyse des coûts et aux prévisions budgétaires.
- ◆ Les prévisions sont vérifiées en les comparant à des estimations de la consommation effective.
- ◆ Les prévisions sont préparées par le personnel interne et non pas par des conseillers de l'extérieur.

### 3. Acquisitions

- ◆ Noms et délais de livraison pour tous les bailleurs de fonds et principaux fournisseurs.
- ◆ Coordination des activités de tous les fournisseurs.
- ◆ Discussions avec des fabricants ou des distributeurs commerciaux concernant une meilleure coordination et une participation active du secteur commercial.

- ◆ Achats faits auprès de multiples sources.

#### 4. Emmagasinage et stockage

- ◆ Utilisation du système "premier rentré, premier sorti" ou tout autre système accepté de gestion des stocks.
- ◆ Inventaire physique annuel.
- ◆ Utilisation des directives écrites appropriées pour un emmagasinage et une manutention corrects des produits.
- ◆ Suivi de la qualité des produits, notamment les tests des préservatifs, l'inspection visuelle et la destruction du stock périmé et endommagé.
- ◆ Suivi des déperditions du système et enquête concernant les pertes non routinières.
- ◆ La capacité de stockage est suffisamment grande pour répondre aux besoins.
- ◆ Les conditions de stockage répondent à des normes acceptables.

#### 5. Distribution

- ◆ Plan et calendrier d'approvisionnement des points de services (par exemple, le système de stocks minimums/maximums, le système "refaire le plein" etc.).
- ◆ Les points de services sont approvisionnés en fonction du plan.
- ◆ Peu de points de services ont connu des ruptures de stock pendant l'année précédente.
- ◆ Pas de déperditions excessives dans le pipeline.

#### 6. Effectifs

- ◆ La position du responsable de la logistique est une position à part entière (à savoir qu'il n'assume pas d'autres responsabilités) et correspond à celle d'autres chefs d'unité fonctionnelle.
- ◆ Pourcentage de personnel-clé qui a reçu une formation en matière de logistique des contraceptifs.
- ◆ Plan de formation approprié qui est utilisé.

7. Questions de politiques

- ◆ Discussions avec des décideurs concernant les buts du programme et la planification de la logistique.

8. Organisation

- ◆ Politiques et procédures écrites de sorte à ce que les activités puissent continuer en cas de rotation du personnel.
- ◆ Position appropriée au sein de l'organisation publique d'origine. Existence d'un service de produits et de logistique. Le service est respecté comme ayant un rôle important et des ressources suffisantes lui sont octroyées.
- ◆ Le service a la capacité de coordonner les questions de logistique au sein du gouvernement, par exemple, Ministère de la Santé, Ministère des Finances, etc.
- ◆ La supervision des fonctions de logistique se fait régulièrement.

9. Bailleurs de fonds

- ◆ Bonne compréhension du rôle des différents bailleurs de fonds et de leurs intentions futures.
- ◆ Etroite coordination des plans pour les différents bailleurs de fonds.

## **Section D**

### **INFORMATION - EDUCATION - COMMUNICATION**

- ◆ Nombre de communications réalisées, par type, pendant une période de référence
- ◆ Nombre de communications diffusées, par type, pendant une période de référence
- ◆ Pourcentage du public ciblé exposé aux messages du programme, basé sur le rappel des répondants
- ◆ Pourcentage du public ciblé qui comprend correctement le message donné
- ◆ Nombre de méthodes de contraception connues
- ◆ Pourcentage du public acquérant les compétences pour effectuer une tâche donnée suite à son exposition à une communication spécifique
- ◆ Pourcentage du public ciblé exposé à un message spécifique indiquant apprécier ce message
- ◆ Nombre/pourcentage du public ciblé discutant des messages avec d'autres personnes, par type
- ◆ Pourcentage du public ciblé recommandant la planification familiale

Parmi les différents domaines fonctionnels, c'est souvent l'information-éducation-communication (IEC) qui est le plus visible pour le grand public. Des millions de personnes peuvent voir et entendre les efforts d'IEC sous forme de promotion de la planification familiale par les mass média. La Division de l'IEC est souvent en charge des activités d'éducation et d'animation communautaires qui est l'un des principaux moyens dont dispose le programme pour communiquer avec le groupe ciblé. De plus, l'IEC a le pouvoir d'influencer directement l'utilisation de la planification familiale en attirant de nouvelles utilisatrices vers les services, en renforçant l'utilisation continue de la contraception chez ceux qui ont adopté la contraception et en modifiant les normes de la dimension familiale.

Aussi, n'est-il guère surprenant de noter un intérêt plus soutenu en vue d'évaluer l'efficacité de l'IEC que dans les autres domaines fonctionnels de la planification familiale. A cette fin, deux grandes formules ont été utilisées: le groupe cas-témoin prétest et post-test (ou groupes de comparaison non équivalents) et les séries chronologiques. Notons à cet égard les études de Coeytaux et al., (1987) et de Piotrow et al., (1990). Il convient de souligner que ces mêmes formules peuvent être utilisées pour évaluer l'efficacité des activités dans d'autres domaines fonctionnels. Toutefois, par le passé, l'IEC se trouvait au centre de ce type de recherche.

Si l'on veut qu'une communication atteigne son objectif, elle doit susciter chez le groupe ciblé une série d'étapes comportementales qui traitent l'information (McGuire, 1989). Selon la théorie classique de la diffusion, la personne passe par un "processus d'innovation-décision" comprenant quatre fonctions: connaissance, persuasion, décision et confirmation (Rogers, 1973). Les Services de communication en matière de population (PCS) ont adapté des modèles précédents pour décrire le processus en utilisant un modèle hiérarchique d'effets de communication qui définit les étapes qu'empruntera un programme de communication pour arriver à cet effet. Aussi, chaque étape sert-elle d'indicateur pour évaluer les interventions d'IEC (Kincaid et al., 1993).

Etant donné cette hiérarchie d'effets, on pourrait se demander pourquoi le présent chapitre ne comprend pas un indicateur sur "le nombre/pourcentage qui agisse sous l'impulsion d'un message d'IEC", par exemple la consultation de services de PF. Mais si les activités d'IEC sont essentielles pour les étapes de connaissance et de persuasion, des facteurs autres que l'IEC jouent également un rôle dans la décision effective d'aller consulter les services et d'utiliser un moyen de contraception. Par exemple, il faut des points de services accessibles à l'éventuel client(e) qui disposent d'un personnel formé et de fournitures contraceptives suffisantes. Les indicateurs pour l'étape exécution (indiqués sur la Figure III-3) sont décrits dans les sections ultérieures du présent Manuel (notamment au Chapitre VII sur l'utilisation des services et au Chapitre VIII sur l'utilisation de la contraception). Ils ne sont pas jugés spécifiques à l'IEC.

La plupart des indicateurs pour les autres domaines fonctionnels décrits dans ce chapitre reposent sur des données de programme. En revanche, la majorité des indicateurs de l'IEC demandent des données basées sur la population (pourcentage du public ciblé exposé aux messages de PF, pourcentage qui indique aimer le message, pourcentage qui comprend correctement le message donné, etc). Si d'autres domaines fonctionnels utilisent des indicateurs-processus et des indicateurs-sortie comme principale mesure de suivi de leurs activités, l'évaluation des programmes d'IEC se consacre, elle, plutôt aux effets. (Pour une discussion plus détaillée de ce point, Cf. Tsui et Gorbach, 1993.) Jusqu'à présent, ce type d'information est surtout collecté par des enquêtes spéciales faites à cette fin. Mais le questionnaire pour la troisième EDS devrait normalement comprendre un certain nombre de questions sur l'IEC qui fourniront des données au niveau national sur des variables choisies.

## **NOMBRE DE COMMUNICATIONS REALISEES, PAR TYPE, PENDANT UNE PERIODE DE REFERENCE**

### **Définition**

"Communication" se rapporte à un ou plusieurs messages transmis comme un tout par un média électronique, imprimé ou par un autre moyen de communication tangible (par exemple, spot radiophonique, poster, dépliant, vidéo, etc.).

### **Données nécessaires**

Liste des réalisations pendant la période donnée (par exemple, un an).

### **Source(s) de données**

Dossiers administratifs.

### **But et questions**

Cette liste constitue un inventaire interne pour le programme ou le projet, généralement fait par type de communication. Cet inventaire indique si le programme a la capacité nécessaire pour créer du matériel et, par conséquent, s'il encourage le personnel de l'IEC à réaliser des communications. Mais c'est une mesure très brute puisqu'elle ne reflète pas la fréquence ou la portée de chaque communication. Elle ne juge pas non plus de la qualité des réalisations.

## **NOMBRE DE COMMUNICATIONS DIFFUSEES, PAR TYPE, PENDANT UNE PERIODE DE REFERENCE**

### **Définition**

"Diffusé" concerne: (a) la transmission ou la distribution externe des communications par le biais de médias électroniques, imprimés ou autres et (b) les activités interpersonnelles ou les relations publiques.

### **Données nécessaires**

Liste des produits de communication diffusés et des activités réalisées sur une période donnée (par exemple, un an).

### **Source(s) de données**

Registre des stations de radio et de télévision concernant le nombre de diffusions de chaque spot ou programme. Données des rapports de la Division de l'IEC concernant le nombre d'affiches ou de dépliants distribués aux points de services. Données des rapports des points de services concernant le nombre de dépliants distribués aux clientes, de causeries éducatives organisées, de visites faites dans la communauté par le personnel du programme, etc.

### **But et questions**

Cet indicateur mesure la productivité de la Division de l'IEC, tout notamment la quantité et le type de communications diffusées (peu importe que quelqu'un les voie ou les entende, les comprenne ou agisse en fonction de ces messages). Il faut faire passer le message, même si cela n'est pas suffisant en soi, pour initier les membres du groupe ciblé à la hiérarchie des effets indiqués sur la Figure III-3.

Des programmes d'IEC bien planifiés comportent généralement un plan pour la diffusion des communications qui précise les types de communication et le nombre de diffusions. Ce plan est un objectif pendant la période de référence. Il est particulièrement utile pour interpréter le nombre de communications effectivement diffusées par rapport au nombre visé. Dans l'idéal, il faudrait alors se poser la question couverte par l'indicateur suivant "est-ce que ces messages ont réussi à atteindre le groupe ciblé?"

## **POURCENTAGE DU PUBLIC CIBLÉ EXPOSÉ AUX MESSAGES DU PROGRAMME BASE SUR LE RAPPEL DES RÉPONDANTS**

### **Définition**

Par "exposition", on veut dire qu'une personne se rappelle avoir vu ou entendu des messages diffusés par le programme de planification familiale ou d'autres sources par le biais de canaux électroniques, imprimés ou interpersonnels. Les messages peuvent transmettre une phrase spécifique (par exemple, le slogan d'une campagne en cours) ou faire toute autre mention de la planification familiale.

### **Données nécessaires**

Nombre de canaux par le biais desquels la personne a vu ou entendu un message spécifique ou tout autre message sur la planification familiale.

### **Source(s) de données**

Enquête (de préférence auprès d'un échantillon aléatoire) de la population ciblée.

### **But et questions**

Le rappel de messages spécifiques nous donne une mesure de la portée d'une campagne de communication. ("Exposition" et "portée" d'un programme sont des concepts analogues.) Par exemple, dans le modèle d'un projet de motivation des hommes au Zimbabwe, on a estimé que 52% de la population ciblée était exposée aux messages du projet (Piotrow et al., 1992).

En revanche, l'exposition à "tout message" sur la planification familiale fournit une mesure brute mais utile montrant si le public a été informé par les mass média (messages promotionnels de l'association de planification familiale publique ou privée) ou par des articles sur des méthodes spécifiques parus dans des journaux. Par exemple, il est possible, à partir des données de l'EDS, d'obtenir le pourcentage de la population exposée à un message, quel qu'il soit, sur la planification familiale. Des pays qui ont des programmes médiatiques dynamiques sur la planification familiale tendent à avoir un score élevé pour cette mesure. En revanche, les populations qui sont restées fermées à la planification familiale, soit par manque d'intérêt, soit à cause d'une barrière linguistique, tendent à avoir un faible score.

Deux types de rappels sont utilisés couramment: le rappel spontané et le rappel avec aide (analogue aux questions de l'EDS sur la connaissance des méthodes de planification familiale). On demande au répondant s'il a déjà entendu d'autres messages qui n'ont pas été spontanément mentionnés. Ce type de "rappel" est parfois appelé "reconnaissance". Vu qu'il existe généralement plusieurs messages dans une campagne d'IEC, les réponses concernant les messages spécifiques sont (a) pondérées dans certains cas, surtout pour le rappel sans aide par rapport au rappel avec aide et (b) récapitulées pour arriver à une variable continue mesurant le niveau de rappel (Kincaid, 1992).

## **POURCENTAGE DU PUBLIC CIBLE QUI COMPREND CORRECTEMENT LE MESSAGE DONNE**

### **Définition**

En termes opérationnels, le pourcentage de personnes qui, après avoir entendu un message spécifique, sont capables de répéter correctement l'idée principale.

### **Données nécessaires**

Réponses des répondants, soit dans le modèle d'un prétest, soit dans le modèle d'une enquête post-diffusion.

### **Source(s) de données**

Enquête (de préférence avec un échantillon aléatoire) auprès du groupe ciblé.

### **But et questions**

Cet indicateur est utile pour s'assurer que les messages diffusés sont effectivement compris par le groupe ciblé. Dans l'idéal, tous les messages devraient être testés aux fins de compréhension (ainsi que pour d'autres dimensions) avant la réalisation finale. Mais, même s'ils font l'objet d'un prétest fait avec un petit échantillon non représentatif de la population, il est utile d'évaluer la compréhension une fois que les messages circulent au sein du groupe ciblé.

Il est important de collecter cette information en interviewant, en privé, une série de personnes (moyen utilisé généralement pour une enquête). En revanche, les groupes de discussion focalisée ne sont pas un moyen utile pour obtenir cette information. Si, par exemple, seule une personne dans le groupe connaît la réponse correcte et si elle la donne, cela contamine immédiatement le reste de la procédure de collecte de données.

## **NOMBRE DE METHODES DE CONTRACEPTION CONNUES**

### **Définition**

Le nombre de méthodes de contraception qu'un répondant d'une enquête peut mentionner spontanément ou reconnaîtra une fois qu'elles sont mentionnées par l'interviewer.

### **Données nécessaires**

Dans le modèle de l'EDS ou d'enquêtes analogues, on demande au répondant de nommer toutes les méthodes de contraception dont il a entendu parler. Pour chaque méthode non mentionnée, l'interviewer nomme la méthode et demande au répondant s'il la connaît. Il est possible de différencier le nombre mentionné *spontanément* par rapport *au rappel avec aide*. Mais, le plus souvent, les deux réponses sont combinées et indiquées comme étant le *nombre de méthodes connues*.

### **Source(s) de données**

Enquête auprès du groupe ciblé (par exemple, EDS).

### **But et questions**

Cet indicateur reflète la mesure dans laquelle le groupe ciblé sait qu'il existe des méthodes pour éviter une grossesse. Il est indiqué, soit comme le pourcentage qui connaît au moins une méthode de contraception, soit comme le nombre moyen de méthodes connues. Si un pays est intéressé surtout par l'utilisation des méthodes modernes, l'indicateur peut être limité à cette catégorie de méthodes.

Dans des pays avec des niveaux modérés à élevés de prévalence de la contraception, quasiment 100% de la population adulte a entendu parler d'au moins une méthode, raison faisant que cet indicateur ne présente que peu d'intérêt pour un grand nombre de chercheurs dans le domaine de la population. En revanche, dans des pays où les programmes de planification familiale sont en train d'être mis en place, la connaissance des méthodes de contraception est souvent le premier indicateur qui "réagit" aux interventions du programme de PF (par exemple, qui indique un changement au niveau de la population). Si des accroissements dans l'utilisation effective de contraceptifs peuvent prendre des années, par contre les changements dans les connaissances peuvent se faire en l'espace de quelques mois, après qu'un effort intense d'IEC a été déployé.

Une des grandes critiques de cet indicateur concerne son appellation "connaissance," alors qu'il ne mesure pas si le répondant connaît véritablement la méthode ou les méthodes en question. On peut penser que le répondant "connaît" une méthode s'il hoche de la tête lorsque l'interviewer lui lit la liste d'une dizaine de méthodes modernes et traditionnelles, même s'il n'a aucune idée de l'apparence du contraceptif ou de la manière de l'utiliser. Il serait plus juste d'appeler cet indicateur "sensibilisation aux méthodes de contraception," mais les chercheurs

dans le monde entier ont pris l'habitude d'appeler cet ensemble de questions dans les enquêtes de l'EDS "connaissance des méthodes de contraception."

On pourrait remettre en cause la validité de cet indicateur du fait qu'un répondant pourrait prétendre "reconnaître" plus de méthodes qu'il n'en connaît véritablement pour éviter d'avoir l'air ignorant devant l'interviewer. Bien que cette situation puisse se présenter, il existe deux raisons de penser que cet indicateur est bien une réflexion valide des niveaux de connaissance de la contraception. Premièrement, dans un pays donné (et surtout ceux avec des niveaux de prévalence faibles), les répondants tendent à connaître les méthodes utilisées le plus couramment. Par contre, ils indiquent bien qu'ils ne connaissent pas celles qui sont effectivement moins utilisées (à savoir les spermicides, le diaphragme ou la vasectomie, suivant le pays). Deuxièmement, le pourcentage connaissant au moins une méthode tend à s'accroître dans le temps, résultat escompté au fur et à mesure que les populations se familiarisent davantage avec le concept de planification familiale.

## **POURCENTAGE DU PUBLIC ACQUERANT LES COMPETENCES POUR EFFECTUER UNE TACHE DONNEE SUITE A SON EXPOSITION A UNE COMMUNICATION SPECIFIQUE**

### **Définition**

"Acquérir" la compétence nécessaire pour effectuer une tâche implique que la personne n'était pas en mesure de la faire correctement avant d'avoir vu ou entendu la communication. "Compétence" se rapporte au comportement nécessaire pour utiliser correctement un contraceptif spécifique (par exemple, prendre la pilule dans la séquence correcte, utiliser un préservatif, vérifier la présence des fils du DIU, etc.).

### **Données nécessaires**

Définition des critères pour l'exécution correcte de la tâche. Description verbale de l'exécution de la tâche ou démonstration effective, avant et après l'exposition à la communication.

### **Source(s) de données**

Interviews avec des membres du groupe ciblé exposés aux messages et/ou observation.

### **But et questions**

Cet indicateur vise à mesurer l'efficacité d'une communication donnée pour l'apprentissage d'une compétence, en supposant que ce soit là le but de la communication.

Dans l'idéal, le chercheur sera en mesure d'observer les membres du public visé qui effectuent la tâche. Les comptes rendus verbaux sont moins fiables que l'observation effective. Par ailleurs, les répondants pourraient prétendre qu'ils réalisent la tâche plus facilement qu'ils ne le font effectivement. Ou alors, des répondants moins éloquents arriveront à mieux faire la tâche que d'expliquer comment il faut la faire.

Toutefois, dans certains cas, le choix de l'approche pourra être dicté par les circonstances (par exemple, si la compétence consiste à apprendre à utiliser correctement le préservatif, la mesure "de compromis" pourrait consister à démontrer l'utilisation correcte sur un modèle en plastique).

Cet indicateur est important dans la hiérarchie conceptuelle des effets mais il est l'un des plus difficile à appliquer dans la pratique. Même si le répondant est capable de "démontrer" la compétence dans le modèle d'un exercice simulé, cela ne veut pas dire qu'il l'appliquera dans la vie de tous les jours. De plus, l'équipe de terrain nécessaire pour évaluer si une personne qui a acquis une compétence donnée a peut-être besoin d'un niveau de formation ou d'une expertise clinique supérieure à celle que possède l'interviewer. Collecter des données pour cet indicateur représente un défi spécial et, c'est la raison pour laquelle, il n'est pas très utilisé au niveau terrain.

## **POURCENTAGE DU PUBLIC CIBLÉ EXPOSE A UN MESSAGE SPECIFIQUE INDIQUANT APPRECIER LE MESSAGE**

### **Définition**

"Apprécier" est défini comme une réponse émotionnelle positive à une communication donnée, en fonction de l'auto-indication du répondant.

### **Données nécessaires**

Réponses aux questions posées dans le modèle d'enquêtes, d'interviews approfondies, de groupes de discussion focalisée, etc.

### **Source(s) de données**

Enquête (de préférence avec un échantillon aléatoire) du groupe ciblé; groupes de discussion focalisée.

### **But et questions**

Cet indicateur nous renseigne sur la réaction émotionnelle des répondants à la communication réalisée par le programme d'IEC. Des communications qui créent une réponse positive chez les membres du groupe ciblé sont plus susceptibles d'influencer des attitudes positives face au comportement proposé (par exemple, l'utilisation de la contraception).

Mais il convient de noter le risque de biais de "courtoisie" en réponse à cette question surtout si les répondants pensent que l'interviewer travaille pour le programme de planification familiale.

L'enquête EDS comprend une question sur l'approbation des messages de planification familiale qui se rapportent généralement, non pas à un message spécifique, mais plutôt à l'idée d'utiliser la radio/télévision comme un canal pour diffuser ces messages. Aussi, cette information est-elle disponible pour de nombreux pays dans le monde entier. Bien qu'elle soit différente de "l'attitude face à la planification familiale", les deux tendent à être très corrélées.

## **NOMBRE/POURCENTAGE DU PUBLIC CIBLÉ DISCUTANT DES MESSAGES AVEC D'AUTRES PERSONNES, PAR TYPE**

### **Définition**

"Discuter du message" concerne toute conversation ayant lieu après l'exposition à la communication pendant laquelle la communication (spot, dépliant, chanson, etc), ses personnages ou ses messages sont mentionnés. "Type de personne" peut concerner un conjoint, un partenaire, un parent, un ami, etc.

### **Données nécessaires**

Nombre de personnes qui ont discuté des messages de la planification familiale, en tant que pourcentage de:

- ◆ ceux qui ont entendu/vu les messages en question, ou
- ◆ ceux interviewés.

### **Source(s) de données**

Enquête (de préférence auprès d'un échantillon aléatoire) de la population ciblée.

### **But et questions**

Cet indicateur note dans quelle mesure les messages des mass media encouragent une communication interpersonnelle supplémentaire.

Dans le domaine de la communication, on indique souvent que les mass media permettent de sensibiliser et de renforcer les connaissances alors que la communication interpersonnelle suscite le changement effectif de comportement. Bien qu'on ait également montré que les médias puissent avoir un effet direct sur le comportement, des campagnes créant une communication interpersonnelle importante pourraient entraîner un plus grand changement encore au niveau comportement (premièrement, à cause du soutien social qu'elles peuvent créer pour l'idée et deuxièmement, parce que le message peut être transmis à d'autres qui ne l'ont pas entendu de la source originale).

Ce "bénéfice complémentaire" n'est pas forcément positif. Une campagne jugée médiocre pourrait susciter une vive controverse en grande partie négative. (Par ailleurs, certains diront que la publicité - n'importe quelle publicité - est une bonne chose.)

## **POURCENTAGE DU PUBLIC CIBLÉ RECOMMANDANT LA PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

En termes opérationnels, le pourcentage de personnes qui, soit recommandent la planification familiale à leurs amis et parents (les accompagnant peut-être aux services de planification familiale), soit parlent en public en faveur d'un programme, par exemple, ceux qui participent activement à des événements communautaires, encourageant les dirigeants communautaires, politiques ou sanitaires à apporter leur soutien.

### **Données nécessaires**

Nombre de personnes qui recommandent l'utilisation de la planification familiale aux membres de la famille et amis ou nombre de personnes qui participent à des événements publics ou qui ont parlé en public, soutenant la planification familiale, exprimé en tant que pourcentage de:

- ◆ ceux qui ont entendu/vu les messages en question; ou
- ◆ ceux interviewés.

### **Source(s) de données**

L'enquête (de préférence auprès d'un échantillon aléatoire du groupe ciblé) ou les enquêtes auprès de groupes ou d'organisations spécifiques qui ont travaillé dans le modèle du programme, par exemple, les associations d'infirmiers/sages-femmes, les associations médicales, les organisations féminines ou d'autres institutions sociales ou professionnelles organisées avec des membres de la communauté.

### **But et questions**

Cet indicateur note dans quelle mesure le soutien pour la planification familiale n'est plus une pratique privée, individuelle ou même tabou au sein de particuliers mais est perçu comme une norme communautaire et une partie valable des activités de communauté.

Dans le domaine de la communication, la défense d'une cause en public est une mesure de l'engagement personnel. Les personnes qui ont exprimé en public leur soutien à une cause (planification familiale, lutte contre le tabagisme ou la toxicomanie) sont moins susceptibles d'arrêter leurs nouvelles pratiques. Parallèlement, le fait de s'exprimer publiquement renforce le soutien personnel pour une pratique donnée. En outre, des expressions de soutien de la part d'utilisatrices satisfaites renforceront la pratique au sein de la communauté et des expressions de soutien dans des forums communautaires augmenteront le soutien national et communautaire apporté dans le long terme aux programmes. Ce type de comportement n'a pas été mesuré auparavant mais peut devenir à l'avenir un indicateur de plus en plus important pour mesurer le soutien financier et politique local pour les programmes de planification familiale et autres

programmes connexes.

## Section E

### **RECHERCHE ET EVALUATION**

- ◆ Présence d'une unité active de recherche et d'évaluation
- ◆ Degré d'utilisation d'un système de statistiques de services
- ◆ Réalisation d'enquêtes périodiques auprès des ménages et/ou d'études à but spécial
- ◆ Recherche opérationnelle (RO)
- ◆ Evaluations régulières du processus
- ◆ Evaluations de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact
- ◆ Utilisation des résultats de la recherche et de l'évaluation pour la modification du programme
- ◆ Diffusion des résultats de la recherche et de l'évaluation

Des travaux précédents ont permis de démontrer l'existence d'une solide association entre la recherche et l'évaluation d'un programme et les résultats d'un programme de planification familiale (Lapham et Mauldin, 1984; Entwisle, 1989; Mauldin et Ross, 1991). Dans leur fameux indice des efforts du programme, Lapham et Mauldin (1984) comptent "le compte rendu et l'évaluation" comme l'une des quatre composantes ou catégories majeures d'indicateurs dans le score général du programme. La pertinence de ces activités pour la performance du programme et, en particulier, l'étroite relation entre l'évaluation et l'efficacité du programme, a été vérifiée empiriquement par Entwisle (1989).

La recherche et l'évaluation sont vues dans le modèle conceptuel du Projet EVALUATION comme une activité de soutien essentielle à une gestion efficace des programmes de planification familiale. Bien que les activités de recherche et d'évaluation ne fassent pas directement partie de la prestation de services, la capacité d'un programme à générer et à utiliser efficacement des résultats de la recherche et de l'évaluation est vue comme un facteur contribuant nettement à la gestion efficace des services. Le rôle de soutien présumé de la recherche et de l'évaluation à la prestation de services et, en particulier, à une gestion efficace du programme, est décrit dans le modèle conceptuel présenté au Chapitre I du présent Manuel.

Les travaux de recherche et d'évaluation étayent la prise de décisions en gestion par le biais des activités suivantes:

- ◆ évaluation des progrès au niveau de la mise en œuvre des programmes;
- ◆ identification de facteurs responsables des lacunes observées dans le programme et test des différentes mesures de correction;

- ◆ détermination du degré de l'impact que le programme a eu sur le groupe ciblé sous l'angle du résultat escompté; et
- ◆ évaluation du niveau d'efficacité et d'efficience du programme.

Les indicateurs présentés pour le domaine fonctionnel de la recherche et de l'évaluation visent à fournir une base permettant d'évaluer la capacité du programme à entreprendre une recherche et une évaluation et à utiliser les produits de ce travail pour améliorer le fonctionnement et les résultats du programme. Les indicateurs se rangent sous deux grandes dimensions:

- ◆ capacité du programme à dégager des données et des informations en gestion, utilisant pour cela des systèmes de collecte de données, des plans d'études et des méthodologies appropriés; et
- ◆ niveau d'utilisation significative des résultats de la recherche et de l'évaluation pour la planification de programmes et la prise de décisions en gestion.

L'ensemble spécifique d'indicateurs choisis reflète les vues du Projet EVALUATION quant à ce qui consisterait un programme complet de suivi et d'évaluation, à savoir, les questions pertinentes ainsi que les systèmes de collecte de données et les types de données nécessaires pour informer entièrement la prise de décisions en gestion (ressources, processus, sortie, effet/impact, efficacité et efficience.) Toutefois, on reconnaît que les questions de gestion prioritaires varient suivant le type du programme (secteur public, ONG, distribution communautaire) et le niveau de développement du programme. Par conséquent, les besoins et les capacités sur le plan de la recherche et de l'évaluation varieront d'un programme à l'autre et auront tendance à évoluer tout au long de la réalisation du programme.

Par exemple, des programmes qui en sont à l'étape démarrage se concentrent généralement plus sur le suivi des entrées, des processus et des sorties que sur les questions d'impact et d'efficience. De même, des programmes plus avancés qui ont déjà réussi à obtenir certains résultats et à atteindre des objectifs intermédiaires consacrent généralement plus d'attention aux questions d'efficacité, d'efficience et d'impact. Aussi, n'est-il pas prévu que tous les indicateurs présentés seront forcément utilisés dans un contexte particulier, sauf peut-être dans le cas de programmes assez avancés. Le choix des indicateurs qui seront utilisés dans un milieu particulier devrait être guidé par le résultat anticipé, vu le stade de développement du programme et les besoins prioritaires d'information en gestion.

Suite au souhait de trouver ce qui constitue, d'après le Projet EVALUATION, un système complet de suivi et d'évaluation, l'ensemble d'indicateurs proposé favorise probablement certains types d'évaluation. Cette question sera revue au moment de la mise à jour du présent Manuel en fonction de l'expérience et du feed-back provenant du terrain dans les années à venir. Les solutions possibles consistent, soit à fusionner en un seul indice, des indicateurs se rapportant à la réalisation des différents types d'évaluation ou alors à pondérer les indicateurs de sorte à ce que

chacun ait l'influence appropriée dans le "score" total pour le domaine fonctionnel.

## **PRESENCE D'UNE UNITE ACTIVE DE RECHERCHE ET D'EVALUATION**

### **Définition**

Un service avec un personnel approprié créé au sein du programme, avec pour responsabilité principale les travaux de recherche et d'évaluation du programme et qui entreprend régulièrement ces activités.

"Personnel approprié" signifie personnes avec une formation et/ou de l'expérience dans les domaines ou les disciplines en question (par exemple, démographie, recherche opérationnelle, méthodes de recherche en sciences sociales, statistiques, etc.).

### **Données nécessaires**

Création prouvée d'un service de recherche et d'évaluation opérationnelle.

La présence d'un service de recherche et d'évaluation sur l'organigramme du programme et les modes de la composition du personnel indiquant l'affectation officielle du personnel approprié aux services constituent une preuve de l'existence du service.

Les types d'activités suivantes peuvent être pris comme preuve d'un travail régulier: (1) estimations et analyses périodiques du niveau d'utilisation de la contraception ou de la prévalence à partir des statistiques de services et des enquêtes; (2) réalisation d'enquêtes, de recherche opérationnelle et/ou d'autres études spéciales ou participation à ces activités; (3) préparation de rapports techniques sur les réalisations du programme et (4) préparation de rapports récapitulants (pour la direction du programme) des données nationales et sous-nationales collectées auprès de diverses sources (par exemple, recensements de la population, statistiques de l'état civil, enquêtes) et (5) examen et synthèse des résultats d'études et de rapports techniques pertinents réalisés par d'autres chercheurs (qui ne font pas partie du programme) pour le compte des responsables du programme.

### **Source(s) de données**

Dossiers et documents du programme. Rapports de recherche et d'évaluation.

### **But et questions**

Le présent indicateur concerne la création et le fonctionnement d'un service officiel de recherche et d'évaluation. Non seulement, la recherche et l'évaluation sont-elles liées à la performance mais il semblerait également que la présence d'une capacité de recherche et d'évaluation au sein des programmes de planification familiale joue un rôle important au niveau de l'amélioration de la planification et de la gestion du programme (Lapham et Mauldin, 1984; Entwisle, 1989; Mauldin et Ross, 1991). Les avantages d'une capacité interne de recherche et d'évaluation se situeraient à trois niveaux: (a) un meilleur contrôle du plan de recherche, de la part de la direction du programme, capable ainsi de diriger l'attention et les ressources sur les principaux problèmes et

questions; (b) une meilleure communication entre les chercheurs/responsables de l'évaluation et les responsables du programme, d'où plus de chances de voir diffuser les résultats de la recherche et de l'évaluation auprès des principaux décideurs et (c) un sentiment d'appartenance face aux efforts et aux résultats de la recherche et de l'évaluation. Par conséquent, ces activités risquent moins d'être vues comme menaçantes et les résultats ont plus de chances d'être utilisés pour améliorer le fonctionnement du programme.

Par ailleurs, il faut tenir compte de deux aspects. Premièrement, dans de nombreux pays en développement, les niveaux de compétence technique des institutions externes (par exemple, les chercheurs universitaires et les bureaux de recherche du secteur privé) peuvent être plus élevés que ceux du personnel de recherche et d'évaluation du programme. Deuxièmement, on peut se demander si le fait de chercher à donner une bonne image au programme n'empêchera pas le personnel interne de faire une évaluation objective et de s'attaquer aux questions délicates.

Dans leur système de notation pour l'indice des efforts du programme, Mauldin et Ross (1991) recommandent de donner des "points" partiels s'il n'existe qu'une capacité externe de recherche et d'évaluation dans un milieu donné. Au vu des avantages susmentionnés liés une telle capacité interne, nous avons tendance à être d'accord avec cette approche, bien qu'on puisse peut-être donner un meilleur score si des capacités externes de recherche et d'évaluation sont effectivement utilisées par le programme.

En ce qui concerne la question de l'objectivité, on juge que le manque d'objectivité dans la réalisation et l'utilisation de la recherche et de l'évaluation sera suffisamment reflétée dans d'autres indicateurs entrant dans le modèle des domaines de la gestion, de la recherche et de l'évaluation.

## **DEGRE D'UTILISATION D'UN SYSTEME DE STATISTIQUES DE SERVICES**

### **Définition**

Un système de statistiques de services est utilisé régulièrement par le personnel du programme pour les décisions concernant la gestion, la supervision et l'évaluation du programme.

### **Données nécessaires**

Utilisation prouvée du système de statistiques de services pour entreprendre des travaux de recherche et d'évaluation dans le modèle du programme. Voici le type d'activités qui pourraient constituer une preuve d'utilisation: (1) utilisation pour l'évaluation de la performance du personnel et de l'établissement; (2) utilisation pour fixer les objectifs de services et évaluer les résultats du programme par rapport à ces objectifs et (3) utilisation pour la prise de décisions concernant les changements proposés dans les stratégies ou les activités du programme.

### **Source(s) de données**

Dossiers et documents de programme, interviews avec des responsables du programme et d'autres utilisatrices possibles des statistiques de services pour déterminer la portée d'une utilisation significative. Rapports d'évaluation qui utilisent des statistiques de services.

### **But et questions**

Tel que noté dans la discussion des indicateurs pour le domaine fonctionnel du management, la création d'un système de statistiques de services est essentielle pour une gestion efficace du programme. Le but du présent indicateur est d'aller plus loin que la simple création d'un système de services puisqu'il cherche à saisir l'utilisation significative et régulière des statistiques de services de la part du personnel pour l'exécution des fonctions et des responsabilités liées au management, notamment la planification et l'évaluation de programmes. Dans un certain nombre de pays et/ou de programmes, des systèmes de statistiques de services ont été mis en place mais les données ne semblent pas fiables et ne sont pas vraiment utilisées. Le présent indicateur cherche à mesurer la dimension qualitative du degré d'utilisation du système de statistiques de services.

Un des aspects les plus utiles des statistiques de services pour l'évaluation du programme est la possibilité d'apporter un feed-back aux points de services. Un compte rendu peut être fait des accomplissements ou problèmes par rapport aux objectifs annuels des services (par exemple, nombre de consultations avec des clientes de la planification familiale, nombre de nouveaux accepteurs, etc). Toutefois, il faut faire attention de ne pas utiliser des statistiques et des objectifs de services de façon trop mécanique car, en insistant trop sur ces objectifs, on court le danger de voir le personnel chercher à tout prix à remplir ses "quotas" au détriment de la qualité des services.

L'évaluation d'une utilisation efficace des statistiques de services par le programme

devrait également tenir compte des buts/questions auxquels conviennent le mieux les statistiques de services. Les statistiques de services apportent des informations sur des services fournis dans les établissements du programme et sur des clientes qui se rendent dans ces établissements et, par conséquent, elles sont utiles pour traiter des questions et des aspects se rapportant aux processus et aux sorties du programme. Par contre, les statistiques de services se prêtent moins bien à la mesure des effets au niveau de la population, surtout dans des contextes où de multiples secteurs (public, privé et commercial) participent activement à la prestation des services de planification familiale. Les enquêtes et autres études basées sur la population sont les sources de données qui conviennent le mieux pour mesurer les résultats basés sur la population. Aussi, des programmes qui utilisent, de manière inadéquate, les données des statistiques de services devraient être évalués moins favorablement par rapport à cet indicateur que les programmes dont l'utilisation de ces données montre une bonne connaissance des avantages et des limitations des statistiques de services.

## **REALISATION D'ENQUETES PERIODIQUES AUPRES DES MENAGES ET/OU D'ETUDES A BUT SPECIAL**

### **Définition**

Des enquêtes auprès des ménages et/ou des études à but spécial ont été réalisées dans le modèle du programme pendant une période de référence donnée (par exemple, les trois à cinq dernières années).

### **Données nécessaires**

Les résultats des enquêtes ou des études sont une preuve montrant que de telles activités ont été réalisées pendant la période de référence donnée.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme. Rapports ou autres résultats des enquêtes ou études.

### **But et questions**

Etant donné les limitations inhérentes aux statistiques de services, d'autres activités de recherche et d'évaluation doivent être réalisées pour apporter des informations supplémentaires à la prise de décision. Voici deux types particuliers d'informations essentielles pour lesquelles les statistiques de services ne sont pas une source appropriée: (1) données recueillies auprès de la population sur les comportements, les connaissances, les attitudes et les pratiques d'utilisation de la contraception au sein du groupe ciblé (non-clientes et clientes); et (2) études détaillées sur les comportements, les perceptions et les besoins des clientes du programme.

Des enquêtes par sondage et d'autres études spéciales n'utilisant pas les rapports du programme et/ou les statistiques de services sont un moyen valide et efficace par rapport aux coûts pour obtenir ce type d'information. Outre les grandes enquêtes sur les ménages, il existe des stratégies de collecte de données telles les enquêtes CAP à petite échelle, les interviews avec les clientes à la sortie et les groupes de discussion focalisée ou focus group. Le présent indicateur essaie de voir dans quelle mesure le programme est capable d'obtenir ces données le cas échéant.

Seulement les programmes de planification familiale ne possèdent pas toujours le personnel suffisant ou les ressources logistiques pour collecter eux-mêmes les données. Tel est le cas pour les enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui sont entreprises par le service national des statistiques ou un service spécialisé analogue en collaboration avec des organisations intéressées par les résultats pour mettre en place leur propre programme (par exemple, le programme national de planification familiale ou le Ministère de la Santé). Dans de tels cas, il faut faire mention des efforts conjoints à la conception du questionnaire, au plan de tabulations, aux analyses de donnée ou encore à la préparation du rapport.

De même, certains programmes recevront des points pour ces indicateurs alors que les responsabilités ont été confiées à des chercheurs ou à des institutions externes. En effet, l'appel à des organismes externes pour la collecte et/ou l'analyse de données est un moyen économique de suppléer aux capacités internes de recherche et d'évaluation. C'est parfois le seul moyen d'obtenir l'information nécessaire. Mais il est important que le programme participe réellement à l'étude si l'on veut être sûr que l'enquête ou l'étude entreprise réponde aux besoins d'information du programme. La participation significative de la part du programme pourrait être définie dans les termes suivants: spécifications des mesures de l'enquête ou de l'étude avec précision statistique, élaboration du plan de l'étude, participation à la conception du questionnaire et aux tableaux fictifs, supervision du contractant pendant les travaux de terrain et/ou participation à la préparation de l'analyse et du rapport.

## **RECHERCHE OPERATIONNELLE (RO)**

### **Définition**

Une ou plusieurs recherches opérationnelles (RO) ont été faites par le programme pendant une période de référence donnée.

Les "recherches opérationnelles" se rapportent à des études appliquées examinant les causes ainsi que les solutions aux problèmes opérationnels observés au niveau du programme (Blumenfeld, 1985; Fisher et al., 1991).

### **Données nécessaires**

Rapports et autres résultats des études de recherche opérationnelle et/ou participation prouvée du personnel montrant que des études de recherche opérationnelle ont été réalisées pendant la période de référence donnée.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme. Rapports RO ou autre résultat de la recherche.

### **But et questions**

La recherche opérationnelle est l'examen systématique des facteurs à l'origine des problèmes opérationnels observés au niveau du programme. Elle détermine les éventuelles mesures de correction. La capacité de réaliser et d'utiliser la RO pour modifier les stratégies et les opérations du programme et les rendre plus efficaces est un élément essentiel d'un soutien efficace sur le plan de la recherche et de l'évaluation pour la gestion du programme. Cet indicateur vise à mesurer l'activité du programme sur le plan réalisation de la RO.

Le processus de RO est souvent jugé aussi important que les résultats de la recherche pour l'efficacité opérationnelle du programme. Par conséquent, les programmes devraient prendre eux-mêmes la décision de réaliser des études de RO et agir de manière autonome en ce qui concerne l'application des méthodes et approches de recherche. Aussi, propose-t-on de donner au programme le "score entier" pour cet indicateur uniquement si le programme a démontré l'institutionnalisation de la recherche opérationnelle par le biais de la réalisation d'une ou (de préférence) de plusieurs études de RO dans le modèle desquelles le programme a joué un rôle de premier plan, à savoir que l'activité a été réalisée avec un minimum d'assistance externe.

A l'instar de plusieurs autres indicateurs dans cette section du Manuel, le présent indicateur ne fournit qu'une mesure récapitulative de la capacité du programme en ce qui concerne la réalisation des études de RO. L'indicateur ne tient pas compte d'autres dimensions pertinentes telles que la qualité technique de la recherche entreprise, la mesure dans laquelle l'information a permis de combler des lacunes d'information existante ou la mesure dans laquelle les résultats des études de RO ont été utilisés à bon escient par le programme. Des évaluations

plus détaillées des capacités de RO du programme demanderaient des indicateurs complémentaires.

Aux fins de référence, le Groupe de travail du Projet EVALUATION qui se penche sur la recherche opérationnelle a proposé, lors de sa première réunion, les indicateurs suivants pour des évaluations plus approfondies des capacités de RO au niveau des programmes (Projet EVALUATION, 1992d):

- ◆ définition d'un programme de RO;
- ◆ degré d'utilité de l'information générée;
- ◆ degré d'institutionnalisation de la RO comme outil de gestion (dimension intégrée, du moins partiellement, dans la définition du présent indicateur);
- ◆ changement du programme résultant des efforts de RO (un indicateur analogue se rapportant à l'utilisation en général des résultats de la recherche et de l'évaluation, et non pas spécifiquement aux résultats de la RO est présenté, par la suite, dans cette section du Manuel);
- ◆ qualité de la recherche; et
- ◆ effort fait pour utiliser les résultats des études de RO pour améliorer la prestation de services.

Une liste complète des indicateurs élaborés lors de la première réunion du Groupe de travail pour la recherche opérationnelle est donnée en Annexe C.

## **EVALUATIONS REGULIERES DU PROCESSUS**

### **Définition**

Des évaluations du processus ont été entreprises régulièrement par le programme pendant une période de référence donnée.

"Evaluations du processus" signifie qu'on cherche à évaluer dans quelle mesure les activités planifiées sont bien réalisées de la manière prévue (c'est-à-dire conformément aux normes spécifiées du programme) et dans les limites budgétaires prévues, ainsi que la mesure dans laquelle les résultats prévus du programme ont été atteints.

### **Données nécessaires**

Rapports d'évaluation ou autres résultats de l'évaluation prouvant que des évaluations du processus ont été faites régulièrement pendant la période de référence spécifiée.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme. Rapports et résultats de l'évaluation.

### **But et questions**

L'évaluation du processus note si le programme se déroule tel que prévu. Dans ce sens, l'évaluation du processus est une stratégie de suivi du programme et le terme "suivi" est utilisé dans ce contexte par de nombreux programmes. Mais le présent indicateur est utilisé dans le sens où l'évaluation du processus compare les résultats et réalisations par rapport aux plans ou aux objectifs prévus. Par conséquent, il va plus loin que le simple suivi ou la simple comptabilité des résultats du programme. L'indicateur vise à mesurer si le programme suit régulièrement les progrès par rapport aux plans ou aux objectifs.

La définition de "régulièrement" pour l'indicateur peut varier d'un programme à l'autre mais devrait être conforme au cycle de planification utilisé par le programme. Par exemple, si des plans de travail annuels sont utilisés, l'évaluation du processus devrait normalement être faite sur une base annuelle pour évaluer, d'une part, les sorties de l'année passée ou du dernier cycle de planification et, d'autre part, pour étayer le plan de travail pour l'année à venir ou le cycle prochain. La réalisation systématique et régulière des évaluations du processus représente la dimension-clé de l'indicateur proposé et, par conséquent, des calendriers d'évaluation du processus qui ne sont pas "réguliers" ou des calendriers d'évaluation qui ne suivent pas les cycles de planification du programme entraîneront des scores plus faibles pour cet indicateur.

## **EVALUATIONS DE L'EFFICACITE, DE L'EFFICIENCE ET DE L'IMPACT**

### **Définition**

Une ou plusieurs évaluations de l'efficacité, de l'efficacité et de l'impact ont été entreprises par le programme pendant une période de référence donnée.

"Evaluation de l'efficacité" se rapporte à des évaluations entreprises pour mesurer si le programme est arrivé aux effets intermédiaires prévus au niveau population.

"Evaluation de l'efficacité" se rapporte aux efforts en vue d'évaluer la relation entre les entrées et les sorties du programme.

"Evaluation de l'impact" se rapporte à des activités d'évaluation qui cherchent à mesurer les changements dans le long terme au niveau de la fécondité ou les autres effets prévus au niveau population attribuables au programme.

### **Données nécessaires**

Rapports d'évaluation ou autres résultats des activités d'évaluation prouvant qu'une ou plusieurs de ces évaluations ont été faites par le programme pendant la période de référence donnée.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme. Rapports d'évaluation et autres sorties.

### **But et questions**

Les évaluations du processus fournissent régulièrement des informations pour la gestion du programme mais d'autres informations sont nécessaires sur des questions auxquelles ne permettent pas de répondre les évaluations du processus. Il s'agit, entre autres, de questions se rapportant à l'efficacité, à l'efficacité et à l'impact du programme.

Les évaluations de l'efficacité notent dans quelle mesure le programme fait des progrès satisfaisants en vue d'atteindre les effets prévus au niveau population. C'est l'accent mis sur les sorties ou les effets intermédiaires au niveau population qui distingue les évaluations de l'efficacité des évaluations du processus: ces dernières évaluant les progrès en vue d'atteindre les sorties visées au niveau programme. Par exemple, la réalisation des buts du programme du point de vue nombre de nouvelles utilisatrices serait l'objectif approprié de l'évaluation du processus alors que l'accroissement de la prévalence de la contraception au sein du groupe ciblé serait le but adéquat des évaluations de l'efficacité.

Mais les deux types d'évaluation sont reliés entre elles puisque les sorties visées au niveau programme doivent aboutir, ou du moins contribuer, aux effets de ce programme au niveau

population.

Les évaluations de l'efficience concernent l'évaluation de la relation entre les entrées et les sorties du programme. Le but d'une telle évaluation est de mesurer le coût unitaire de sortie du programme. Le coût par CAP ou par nouvelle utilisatrice en est un exemple.

Il convient de noter que, si l'efficience du programme est mesurée de manière classique, telle que définie ci-dessus, il est également utile d'examiner la question de l'efficience du point de vue effet au niveau population. La raison en est double. Premièrement, les effets au niveau population constituent le but final des programmes de planification familiale. Deuxièmement, les mesures d'efficience basées sur les sorties du programme et non sur l'effet au niveau population n'arrivent pas forcément aux mêmes conclusions. Par exemple, la distribution de la pilule dans le modèle d'un programme communautaire peut très bien se faire de manière extrêmement efficace par rapport aux coûts mais, tant que la pilule n'est pas un moyen couramment accepté, très peu de changement se fera au niveau de la prévalence de la contraception ou des taux de fécondité. Par conséquent, les mesures d'efficience fondées, aussi bien sur les sorties que sur les effets, sont une information utile pour les décisions de gestion du programme.

L'évaluation de l'impact concerne l'évaluation de l'effet final ou du résultat net du programme, tant positif que négatif au niveau population. L'évaluation de l'impact permet de répondre à la question suivante: "Comment le programme a-t-il changé les indicateurs pertinents de l'effet final au niveau population (par exemple, niveaux de fécondité, prévalence de la contraception, satisfaction des préférences en matière de procréation, taux de mortalité infantile, juvénile, etc.)?"

Généralement, il n'est pas possible de répondre aux types de questions sur lesquelles se penchent les évaluations de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact par le biais des sources ordinaires de données (par exemple, statistiques de services et données du SIG). Par conséquent, il faut généralement faire des efforts spéciaux pour compiler et/ou analyser les données parallèlement à l'activité d'évaluation. En outre, la mesure de l'impact du programme demande qu'on se penche sur la question de l'attribution au programme (voir introduction au Chapitre IX pour une discussion plus approfondie de cette question).

Etant donné que ces types d'évaluation visent à mesurer les effets dans le moyen et le long terme, elles n'ont pas besoin d'être faites aussi fréquemment que l'évaluation du processus. Aussi, définira-t-on de manière plus souple la période de référence de l'indicateur en tenant compte de l'évolution du programme, de la date des derniers changements récents dans la politique de programme et/ou des modes de fonctionnement et d'autres facteurs qui influencent les besoins d'information.

Notons que l'indicateur est une mesure récapitulative brute du niveau d'activité du programme en ce qui concerne l'évaluation non routinière. A ce titre, l'indicateur ne se penche pas sur des questions telles que la qualité technique des évaluations ou la mesure dans laquelle les résultats de l'évaluation sont utilisés par la direction du programme. L'évaluation de ces dimensions exigerait l'adjonction d'autres indicateurs.

## **UTILISATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ET DE L'EVALUATION POUR LA MODIFICATION DU PROGRAMME**

### **Définition**

Les résultats de la recherche et de l'évaluation influencent les décisions concernant les politiques, les stratégies, les procédures organisationnelles du programme, etc., pendant une période de référence donnée.

### **Données nécessaires**

Preuves sous forme, soit écrite, soit verbale, de cas où les résultats de recherche et d'évaluation ont joué un rôle capital pour les décisions du programme pendant la période de référence donnée.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme; interviews avec les responsables du programme et des décideurs-clés.

### **But et questions**

Cet indicateur note dans quelle mesure les résultats de la recherche et de l'évaluation ont été utilisés par la direction du programme pour la prise de décisions importantes. Bien que l'indicateur se concentre sur l'utilisation des résultats de la recherche et de l'évaluation pour susciter ou justifier des changements dans la stratégie ou les opérations du programme, les résultats sont également utilisés pour étayer des décisions en vue de maintenir les stratégies ou les modes opérationnels existants.

Du point de vue mesure, la chose la plus importante consiste à établir un lien entre, d'une part, les décisions de procéder (ou de ne pas procéder) à des changements de programme et, d'autre part, les résultats des travaux de recherche et d'évaluation. Dans certains cas, le lien sera clairement établi par des documents écrits, expliquant en détails les changements au niveau de la stratégie et/ou les modes d'opération du programme dans le modèle desquels les résultats de la recherche et de l'évaluation sont cités comme, du moins, un facteur ayant poussé aux décisions de procéder aux changements. Mais, le plus souvent, les liens entre les résultats de la recherche et de l'évaluation et les décisions du programme devront être établis par des évaluations voyant dans quelle mesure les stratégies et les opérations du programme sont conformes aux résultats de l'étude et, par le biais d'interviews avec les responsables en vue de voir dans quelle mesure ils ont utilisé les résultats de la recherche et de l'évaluation.

## **DIFFUSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ET DE L'EVALUATION**

### **Définition**

Les résultats de la recherche et de l'évaluation sont régulièrement diffusés auprès des publics externes-clés (services publics, médias d'actualités, communauté de recherche, etc.).

"Diffusion" se rapporte à la communication officielle des résultats de recherche et d'évaluation du programme par le biais de canaux tels que les résumés de la recherche, les publications et les ateliers de conférence, les communiqués de presse, etc.

### **Données nécessaires**

Activités ou événements prouvant que les résultats de la recherche et de l'évaluation ont été diffusés.

### **Source(s) de données**

Comptes rendus et documents du programme. Rapports et autres résultats des évaluations.

### **But et questions**

La diffusion des résultats de la recherche et de l'évaluation répond à un certain nombre de fonctions essentielles des programmes de planification familiale. La diffusion ou la communication des résultats à des publics-clés internes au programme, qu'il s'agisse de modèles moyens ou supérieurs, constitue le principal moyen de connecter les services de recherche et d'opération des programmes, lesquels sont souvent séparés administrativement et entre lesquels il n'existe pas toujours une bonne communication. La diffusion auprès de publics externes (par exemple, services publics, entités législatives, médias d'actualités, communauté de recherche et bailleurs de fonds externes) représente un moyen utile de faire connaître des accomplissements du programme, de rendre celui-ci plus visible et d'attirer l'attention sur des questions demandant la prise d'actions.

Les deux types de diffusion, interne et externe, sont importantes mais le présent indicateur s'attache surtout à la diffusion auprès de publics externes. On part de l'hypothèse que le manque de communication à l'échelle interne entre des services de recherche et d'évaluation et la direction du programme sera reflété par d'autres indicateurs présentés pour le domaine fonctionnel du management (Voir Section A du présent chapitre). Aussi, le présent indicateur vise-t-il à fournir une mesure de la diffusion régulière des résultats des travaux de recherche et d'évaluation pertinents aux yeux des publics externes.

Aux fins de mesure, on reconnaît que les ressources du programme en vue de cette diffusion sont souvent limitées. De plus, tous les résultats de la recherche ne valent pas la peine d'être diffusés à grande échelle. Les programmes devraient se donner au minimum une politique d'examen régulier des résultats des efforts de recherche et d'évaluation pour voir "s'ils valent la

peine d'être communiqués". Ils devraient peut-être rédiger un rapport récapitulatif annuel ou semi-annuel décrivant les activités de recherche et d'évaluation entreprises en faisant une brève synopsis des résultats.

## **Chapitre IV**

### **Sorties des services de planification familiale**

- A.    Accessibilité**
- B.    Qualité des soins**
- C.    Image du programme**

## INDICATEURS DE MESURE DES SORTIES DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les opérations décrites au chapitre précédent devraient avoir un effet direct sur les trois dimensions des services décrites dans le présent chapitre sous **sorties des services**: accès, qualité des soins et image du programme. Les indicateurs-sorties présentés dans ce chapitre tiennent surtout compte du point de vue de la cliente et répondent essentiellement à la question suivante: quelle est la situation que rencontre l'éventuelle cliente de la planification familiale lorsqu'il cherche à obtenir des services contraceptifs?

Par le passé, l'évaluation des programmes s'attachait surtout aux mesures d'utilisation des services et à la prévalence de la contraception. Trop souvent, le programme lui-même est traité comme une "boîte noire." Les résultats de ce type d'évaluation montrent dans quelle mesure le programme arrive aux résultats souhaités mais n'indiquent guère les raisons de sa réussite ou de son échec. En supposant que le but de l'évaluation soit d'améliorer les prestations de services dans le futur, le manque d'attention aux mécanismes intérieurs du programme constitue une grave lacune.

Aujourd'hui, les chercheurs et les praticiens prêtent une plus grande attention à ces thèmes. Les progrès faits au niveau des méthodologies d'enquête et de la technologie des systèmes d'informations géographiques permettent de mieux évaluer l'accès physique aux services de planification familiale. Parallèlement, la qualité des soins est au cœur même des efforts que font les prestataires de services pour améliorer les services de planification familiale. Par conséquent, les chercheurs sont à la quête de méthodes permettant de quantifier ce qu'on jugeait auparavant trop subjectif pour faire l'objet d'une évaluation systématique. C'est l'image du programme qui, dans les trois catégories des sorties de services, a reçu le moins d'attention et, pourtant, elle reste un déterminant-clé de l'utilisation.

En guise de préface au présent chapitre, mentionnons plusieurs problèmes techniques dont la résolution représente le fondement des indicateurs en ce domaine. Une de ces questions concerne la relation bilatérale entre l'accès aux services et la qualité des services. Le Groupe de travail se penchant sur ce thème a souvent avancé l'argument selon lequel une cliente ne saurait être satisfaite par les services si ceux-ci ne sont pas accessibles. Aussi, est-on d'avis que l'accès aux services doit être inclus dans la définition de la qualité des services.

Et pourtant, de nombreux exemples de programmes de planification familiale pourraient être cités qui ont réussi à offrir un accès raisonnable aux services à une proportion importante du groupe ciblé par le programme mais dont les services ne sont pas bien reçus et sont sous-utilisés.

Pour clarifier la relation entre ces deux concepts, il faut distinguer les facteurs qui déterminent si une personne intéressée à obtenir des services de planification familiale ira effectivement "frapper à la porte" (c'est-à-dire, vient à bout des divers types de barrières que rencontrent souvent les clientes de la planification familiale lorsqu'ils veulent obtenir des services) et la situation que rencontrera cette personne "une fois la porte franchie" (par exemple, la propreté des locaux, l'efficacité administrative et les compétences de communication

interpersonnelles des prestataires de services, des temps d'attente raisonnables, etc.). Notons que la "porte" est utilisée ici au sens figuré. L'on ne cherche pas à parler uniquement des services en milieu clinique mais on peut également faire référence à la "porte" de la maison d'un agent de distribution communautaire ou d'une pharmacie locale. Aussi bien l'accès que la qualité sont jugés être des déterminants importants de la satisfaction des clientes (et probablement de l'acceptation et de la continuité de l'utilisation de contraceptifs). Mais des réponses différentes au niveau du management du programme seraient nécessaires pour remédier aux problèmes liés au fait "d'amener les clientes jusqu'à la clinique" comparé au fait "de faire en sorte qu'ils veuillent bien revenir." Aussi, est-il utile, d'un point de vue analytique, de faire la différence entre l'accès et la qualité comme étant des éléments distincts (mais complémentaires) du contexte de l'offre de la planification familiale.

L'image du programme représente une autre dimension de la sortie du service. L'image publique d'un programme de planification familiale se rapporte à la mesure dans laquelle la perception publique du programme est favorable. Un certain nombre de facteurs concourent à la création de cette image, notamment les perceptions du grand public concernant la planification familiale et les prestataires de services des secteurs public et privé ainsi que les perceptions (fondées et non fondées) quant aux services de planification familiale eux-mêmes. Vu que ce dernier élément est influencé par les autres dimensions classées dans ce chapitre comme sorties de services (par exemple, accès et qualité des services), l'image du programme est également vue comme un résultat de services dans la mesure où il entre (du moins partiellement) dans le pouvoir de la direction du programme. Par exemple, de nombreux programmes cherchent à rehausser l'image de leur programme en améliorant la qualité des services fournis. Les programmes peuvent également chercher à influencer, par le biais des activités d'IEC, les perceptions du public quant à la légitimité des programmes de planification familiale (tel qu'il en est question au chapitre III).

Bien que l'image, l'accès et la qualité du programme soient souvent corrélés (par exemple, des programmes qui offrent des services de haute qualité et qui sont facilement accessibles ont souvent une image favorable du programme), les améliorations de l'image d'un programme ont parfois du retard par rapport aux autres résultats de services suite à des perceptions erronées qui continuent à persister autour du programme. Par conséquent, l'image du programme est conceptualisée comme un résultat important des efforts des programmes de planification familiale qui demandent l'attention des responsables du programme en plus de celle accordée aux questions de l'accès de la qualité.

## **Section A**

### **ACCESSIBILITE**

#### **Exemples d'indicateurs**

- ◆ Nombre de points de services situés à telle distance ou tel temps de déplacement de la communauté (à savoir, densité de services)
- ◆ Coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs en tant que pourcentage du salaire mensuel
- ◆ Politiques restrictives du programme concernant le choix de contraceptifs
- ◆ Pourcentage du groupe ciblé qui connaît au moins une source de services et/ou de produits contraceptifs
- ◆ Pourcentage de non-utilisation liée à des barrières psychosociales

La conceptualisation et la mesure de l'accès aux services de planification familiale ainsi que la relation entre l'accessibilité de services et les effets de la planification familiale (par exemple, l'acceptation et la continuité de l'utilisation de contraceptifs) ont reçu une attention considérable au fil des ans de la part des responsables et des chercheurs des programmes de planification familiale. En dépit de l'importance reconnue par tous à l'accessibilité en tant que caractéristique essentielle du contexte de l'offre, il n'existe guère de consensus quant aux meilleures manières de mesurer le concept.

Une grande partie de la recherche précédente faite en ce domaine se concentrait sur un aspect ou sur une dimension de l'accessibilité géographique (ou physique). Dans ce contexte, l'accessibilité se rapporte au degré de difficulté rencontrée pour arriver jusqu'aux formations sanitaires ou pour obtenir des services de planification familiale. Diverses mesures se rapportant à la distance jusqu'aux points d'approvisionnement et de services, le temps nécessaire pour arriver à ces points de services et la densité des points de services et d'approvisionnement dans une zone géographique spécifique sont proposées dans la littérature (Chayovan et al., 1984; Hermalin et Entwisle, 1985 et 1988; Hermalin, et al., 1992; Tsui et Ochoa, 1992). Si les faits, jusqu'à présent, tendent à confirmer la pertinence de la proximité géographique aux services de planification familiale comme un déterminant important de l'utilisation de contraceptifs, par contre, la relation entre la proximité et l'utilisation de la contraception testée par des études empiriques ne s'est pas révélée aussi forte qu'on pouvait le penser (Tsui et Ochoa, 1992; Boulier, 1985).

Bien que cela soit dû, sans aucun doute, du moins partiellement, à des difficultés de mesure, l'absence de relations plus solides entre les mesures de l'accès physique et l'utilisation de services dans le modèle d'études précédentes semble indiquer que d'autres facteurs pourraient également entrer en jeu dans la définition du concept d'accès. De fait, certains chercheurs ont

avancé l'argument selon lequel l'accès aux services n'est pas une simple question d'accès physique mais qu'il recoupe également d'autres dimensions (Chayovan et al., 1984; Foreit et al., 1978). Par exemple, Foreit propose les éléments suivants comme dimensions pertinentes de l'accessibilité (les auteurs ont utilisé le terme "disponibilité" dans le texte original):

- ◆ accessibilité géographique ou physique,
- ◆ accessibilité économique,
- ◆ accessibilité administrative et
- ◆ accessibilité cognitive.

Voici les définitions de travail de ces éléments ou dimensions:

**L'accessibilité économique** se rapporte à la mesure dans laquelle les coûts encourus pour atteindre les points de prestation ou d'approvisionnement et pour obtenir les services et les produits contraceptifs entrent dans les moyens économiques de la vaste majorité du groupe ciblé. Les barrières économiques affectent l'utilisation des contraceptifs, d'une part en décourageant les éventuelles clientes d'aller obtenir des services, et d'autre part, en rendant difficile l'utilisation continue de moyens contraceptifs.

**L'accessibilité administrative** se rapporte à la mesure dans laquelle on a supprimé les règles et les réglementations inutiles inhibant le choix et l'utilisation de contraceptifs: heures d'ouverture limitées pour les services de planification familiale, restrictions sur la distribution de contraceptifs pendant les heures cliniques des autres services (par exemple, vaccination des enfants, suivi de la croissance, etc.).

**L'accessibilité cognitive** concerne la mesure dans laquelle les éventuelles clientes sont au courant des emplacements des points de services et d'approvisionnement et des services disponibles à ces endroits. Par exemple, une cliente peut ignorer l'existence d'un point de services bien que celui-ci lui soit physiquement accessible.

Nous ajoutons une cinquième dimension: **l'accessibilité psychosociale** ou la mesure dans laquelle des éventuelles clientes qui souhaitent espacer ou limiter les naissances sont freinées dans leur choix par des facteurs psychologiques, sociaux ou d'attitudes lorsqu'ils cherchent à obtenir des services de planification familiale. Par exemple, dans certains contextes, des clientes éventuelles pourraient craindre de consulter les services de santé suite à la condamnation sociale qui est liée à un tel acte. Ils pourraient, par ailleurs, craindre certaines procédures (par exemple, les examens gynécologiques), ou ne pas être en mesure de se rendre dans les centres de santé car les femmes ne sont pas autorisées à se déplacer toutes seules pour obtenir des services ou des produits contraceptifs.

Par conséquent, l'accessibilité aux services englobe cinq éléments ou dimensions risquant de devenir des barrières. Les responsables des programmes de planification familiale doivent

chercher à les supprimer pour accroître l'utilisation des services disponibles, c'est-à-dire "amener les clientes à la porte."

Lors de l'examen des indicateurs pour chacun de ces éléments, un travail bien plus important a été fait pour la mesure de l'accès physique que pour les autres éléments de l'accessibilité. Aussi, existe-t-il une base empirique nettement plus solide d'indicateurs pour cet élément que pour les autres. Mais même pour cette dimension, il n'existe pas de consensus clair quant à l'indicateur le plus approprié (Hermalin et Entwisle, 1988; Tsui et Ochoa, 1992). Par conséquent, nous avons adopté la stratégie consistant à proposer un seul indicateur "à titre d'exemple" pour chaque élément ou dimension de l'accessibilité aux services et une liste d'options possibles, espérant que l'examen et les tests sur le terrain faits par les programmes de planification familiale et les organisations d'assistance technique dans les années à venir permettront de se mettre d'accord sur un petit ensemble d'indicateurs pour chaque élément.

## **NOMBRE DE POINTS DE SERVICES SITUÉS À TELLE DISTANCE OU TEL TEMPS DE DÉPLACEMENT DE LA COMMUNAUTÉ (À SAVOIR DENSITÉ DE SERVICES)**

### **Élément**

Accessibilité physique.

### **Définition**

Le nombre de points de services et de distribution de méthodes contraceptives situés dans un rayon donné (par exemple, 30 km) ou temps de déplacement (par exemple, deux heures) pour se rendre à un endroit de référence donné.

### **Données nécessaires**

Informations sur l'emplacement et sur les méthodes contraceptives disponibles aux points de services de la communauté.

### **Source(s) de données**

Cartographie minutieuse des points de services (préférés).

Comptes rendus sur l'emplacement des points de services (plus ou moins préférés) faits par des informants locaux au courant de la situation.

Comptes rendus par des répondants lors d'enquêtes sur l'emplacement de points de services (les moins préférés).

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une mesure récapitulative de la densité de services de planification familiale disponibles pour les clientes (et les éventuelles clientes) au sein d'une zone géographique définie.

Un certain nombre d'indicateurs de l'accès physique ont été proposés dans la littérature sur la recherche, notamment:

- ◆ la proportion de villages ou de quartiers avec un point de services situé dans le village ou le quartier;
- ◆ la distance moyenne pour se rendre au point de services le plus proche ou un indice des distances moyennes pour se rendre à un ensemble désigné de points de services qui offrent conjointement la gamme complète de services ou de méthodes de planification familiale disponibles dans un pays donné;

- ◆ le temps de déplacement moyen pour se rendre au point de services le plus proche ou un indice des temps de déplacement pour se rendre aux points de services désignés;
- ◆ le nombre moyen d'heures passées par mois à obtenir des services et des fournitures de contraceptifs;
- ◆ le nombre de types de méthodes et de services de contraception disponibles auprès d'un point de services communautaire; et
- ◆ le nombre moyen de visites de la part d'un agent de la planification familiale pendant une période spécifiée (par exemple, trimestre) par client(e) de programme (à utiliser dans le modèle des programmes de distribution/animation auprès des ménages).

Les divers indicateurs tendent à être corrélés et mesurent donc d'une certaine manière le phénomène voulu. Toutefois, il existe un certain nombre de différences importantes entre ces indicateurs. Premièrement, certains indicateurs se rapportent à l'accès aux services de planification familiale en général et non pas à l'accès à des méthodes ou à des marques contraceptives en particulier. La question est importante car la proximité à des points de services qui n'offrent pas une gamme suffisante de services et/ou de méthodes ne constitue pas un accès dans le sens que l'entend l'indicateur.

Deuxièmement, certains indicateurs sont fondés sur des mesures "objectives" et d'autres sur des informations subjectives, fournies soit par les clientes de la planification familiale elles-mêmes (ou les éventuelles clientes), soit par des experts locaux qui connaissent bien la situation. D'après certaines recherches, les informations fournies par les répondants des enquêtes pourraient être influencées par leur utilisation des services (par exemple, les utilisatrices sont plus au courant que les non-utilisatrices). Par conséquent, l'information n'est pas fiable (Tsui et Ochoa, 1992).

## **COUT DE L'APPROVISIONNEMENT D'UN MOIS EN CONTRACEPTIFS EN TANT QUE POURCENTAGE DU SALAIRE MENSUEL**

### **Elément**

Accessibilité économique

### **Définition**

Les "coûts" pour cet indicateur se rapportent aux dépenses assumées par d'éventuelles clientes pour les fournitures et les services contraceptifs.

### **Données nécessaires**

Informations sur les dépenses mensuelles faites pour les fournitures et les services contraceptifs et estimations du revenu mensuel.

### **Source(s) de données**

Information sur le coût des services et produits, soit à partir d'enquêtes sur la population, soit à partir des dossiers des points de services.

### **But et questions**

Cet indicateur fournit une mesure du coût économique relatif représenté par les coûts mensuels liés à l'utilisation de la contraception.

Si les coûts des services et des fournitures dépassent 1% du salaire mensuel d'une proportion significative des clientes, c'est une indication de l'existence de barrières économiques à l'utilisation de la contraception (Ross et al., 1992).

L'indicateur pris à titre d'exemple pour cet élément a été choisi parmi diverses options, en grande partie parce que les données nécessaires pour son calcul sont plus susceptibles d'être obtenues dans un grand nombre de contextes des pays en développement. Toutefois, il convient de reconnaître que plusieurs limitations importantes entravent l'utilisation d'indicateurs.

Une des limitations est qu'il ne tient pas compte d'autres coûts liés à l'utilisation de la contraception qui peuvent être des barrières tout aussi importantes, voire plus importantes, pour l'utilisation de la contraception que les coûts directs des services ou des fournitures. Par exemple, les clientes de la planification familiale peuvent également encourir des frais de transport pour se rendre aux points de services et peut-être pour trouver quelqu'un pour s'occuper des enfants, ainsi que "des coûts d'opportunité" du temps passé à se rendre et à revenir au point de services et à attendre pour ces mêmes services ou ces produits une fois arrivé au point de services. Aussi, une mesure plus valide des coûts des services de planification familiale devrait-elle inclure ces coûts dans le calcul de l'indicateur.

Un autre question concerne le niveau de revenus dont il faudrait tenir compte en calculant l'indicateur. Puisque tout le revenu (à savoir le revenu brut) n'est probablement pas disponible pour le paiement des services de contraception, une définition plus appropriée de l'indicateur limiterait le dénominateur de la mesure au *revenu* mensuel *disponible*. De plus, vu que dans de nombreuses sociétés, les hommes et les femmes n'ont pas un accès égal aux ressources financières du ménage, l'indicateur pourrait encore être perfectionné en limitant le dénominateur de la mesure aux revenus *contrôlés* par la cliente.

Mais ces perfectionnements exigent un plus grand nombre de données pour le calcul de l'indicateur. Dans de nombreux pays, l'information nécessaire ne pourra être obtenue que par le biais d'études spéciales. A toutes fins pratiques, l'indicateur plus simple suffira à éclairer les décisions des responsables du programme concernant l'accessibilité financière des services de contraception. Par contre, pour des programmes où le recouvrement des coûts et la pérennité sont des questions de gestion prioritaire, les coûts supplémentaires liés à la collecte de données nécessaires pour les mesures plus affinées sont probablement justifiés.

## **POLITIQUES RESTRICTIVES DU PROGRAMME CONCERNANT LE CHOIX DE CONTRACEPTIFS**

### **Elément**

Accessibilité administrative

### **Définition**

Le programme impose des règles qui restreignent le choix des méthodes de contraception pour des raisons autres que médicales; par exemple, interdire à des femmes nullipares de recevoir les implants NORPLANT®.

### **Données nécessaires**

Critères de recevabilité des contraceptifs.

### **Source(s) de données**

Documents de programme spécifiant les politiques et les réglementations.

### **But et questions**

Cet indicateur mesure l'existence de barrières au choix de contraceptifs sous forme de politiques, réglementations et procédures officielles du programme qui ne sont pas nécessaires, c'est-à-dire des restrictions imposées par des politiques et qui ne se justifient pas pour des raisons médicales.

Voici d'autres exemples de types de barrières qui peuvent être mesurés par le présent indicateur:

- ◆ consentement obligatoire du conjoint pour certaines méthodes de contraception;
- ◆ restrictions pesant sur certaines méthodes en fonction de la situation matrimoniale ou du nombre d'enfants;
- ◆ tests de sang ou examens gynécologiques obligatoires avant de pouvoir recevoir la pilule;
- ◆ multiples visites obligatoires pour recevoir certaines méthodes de contraception (par exemple, stérilet);
- ◆ nécessité de consulter un médecin pour recevoir la pilule;
- ◆ période d'attente obligatoire de plusieurs jours entre le counseling pour la contraception chirurgicale volontaire et la procédure effective; et

- ◆ conditions et procédures réglementaires qui restreignent ou retardent la disponibilité des méthodes contraceptives qui sont jugées sans danger par la communauté scientifique.

Le lecteur est prié de se rapporter à l'article de Shelton et al., (1992) pour une plus ample discussion de ces questions.

## **POURCENTAGE DU GROUPE CIBLÉ QUI CONNAIT AU MOINS UNE SOURCE DE SERVICES ET/OU DE PRODUITS CONTRACEPTIFS**

### **Elément**

Accessibilité cognitive

### **Définition**

La proportion de la population en âge de procréer (totale, ou par sexe) qui peut nommer un ou plusieurs emplacements/sources spécifiques où l'on peut obtenir des méthodes et/ou des services contraceptifs.

### **Données nécessaires**

Réponses aux questions des enquêtes concernant la connaissance de l'emplacement et des méthodes de contraception fournies par les services offerts dans une communauté donnée.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **But et questions**

Cet indicateur est une mesure brute du niveau de connaissance ou de sensibilisation au sein du grand public quant à la source des services/produits contraceptifs. En tant que mesure de l'accessibilité cognitive, il fournit une indication de la proportion de la population qui n'a pas accès aux services suite au manque de connaissance de l'endroit où ceux-ci sont offerts. Bien que l'accessibilité cognitive soit susceptible d'être corrélée à l'accessibilité physique, la "carte cognitive" des services disponibles peut être incomplète ou inexacte, limitant ainsi l'utilisation des services.

Dans la plupart des pays, une proportion importante de la population connaît au moins une source des services ou des produits contraceptifs mais pas forcément diverses sources de services qui leur sont disponibles. Dans certains cas, ce manque de connaissance peut avoir des implications importantes pour l'utilisation de la contraception. Par exemple, des clientes ou des éventuelles clientes ne connaissent peut-être que le centre le plus proche offrant des services de planification familiale alors qu'il en existe d'autres accessibles physiquement peuvent offrir des méthodes différentes ou peut-être des services de meilleure qualité. Dans de tels cas, le mécontentement face aux méthodes offertes ou à la qualité des services dispensés dans la formation sanitaire la plus proche pourrait entraîner une décision de ne pas adopter ou d'arrêter d'utiliser telle méthode de contraception.

Par conséquent, un indicateur plus affiné de l'accessibilité cognitive pourrait évaluer dans quelle mesure la "carte cognitive" des services et des méthodes est conforme à la "carte

objective" de la disponibilité des services et des méthodes. En fait, il s'agit de la connaissance des sources accessibles. A de telles fins, on pourra envisager un indicateur comme "la proportion de la population qui connaît le type de méthodes disponibles dans une zone définie ainsi que les endroits où ces méthodes peuvent être obtenues"). Cet autre indicateur exigerait des réponses à des questions classiques d'enquêtes classiques portant sur la connaissance/sensibilisation des sources de méthodes et de produits contraceptifs et une cartographie "objective" des points de services dans un rayon donné.

## **POURCENTAGE DE NON-UTILISATION LIEE A DES BARRIERES PSYCHOSOCIALES**

### **Elément**

Accessibilité psychosociale

### **Définition**

La proportion de femmes souhaitant limiter ou espacer les naissances qui n'utilisent pas une méthode de contraception suite à des barrières de nature psychosociale. Il s'agit par exemple de la crainte du rejet social, de la peur de certaines procédures (examens gynécologiques), de la crainte des effets secondaires, des restrictions sociales interdisant à des femmes de se déplacer toutes seules pour obtenir les services, etc.

### **Données nécessaires**

Informations sur les raisons expliquant la non-utilisation de la contraception chez les femmes qui souhaitent limiter ou espacer les naissances.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population ou groupes de discussion focalisée.

### **Buts et questions**

Cet indicateur voit dans quelle mesure l'accès à des services de planification familiale est limité par des barrières psychologiques ou sociales. Il existe une littérature importante sur ce thème provenant d'études cherchant à dépister les facteurs expliquant la non-utilisation de la contraception chez des femmes qui, apparemment, en ont besoin bien qu'ils ne soient pas forcément rangés sous la catégorie des facteurs psychosociaux limitant l'accès aux services.

En définissant l'indicateur, il est important de distinguer entre les facteurs psychosociaux limitant la demande pour la planification familiale et les barrières psychosociales à l'utilisation de la contraception. Les premiers comprennent tous les facteurs sociaux et psychologiques, en termes généraux, qui influencent la taille de la famille et la demande d'enfants (voir Chapitre V) ainsi que l'acceptabilité et les coûts socio-psychologiques de la planification familiale. En revanche, les barrières psychosociales sont des obstacles qui doivent être surmontés par les personnes motivées à obtenir des services de planification familiale, c'est-à-dire par celles ayant besoin de la planification familiale (voir Chapitre VI pour une plus ample discussion de ce concept). Pour celles qui ne souhaitent pas limiter ou espacer les naissances, le présent indicateur n'est pas pertinent puisque ces personnes n'ont pas un besoin pour des services de planification familiale. Mais pour celles qui cherchent à réguler les naissances, les barrières d'origine psychosociale pourraient inhiber leurs comportements en vue de consulter les services disponibles. Le présent indicateur se penche sur ces barrières ou obstacles.

Vu la nature contextuelle spécifique de ces facteurs dans cette catégorie, il est probable que les facteurs spécifiques jouant un rôle important dans la non-utilisation de la contraception varieront d'un endroit à l'autre. Aussi, le chiffre numérique exact donné à une barrière ou à un facteur en particulier est-il peut-être moins important que le classement des problèmes. Par conséquent, les informations réunies dans le modèle des discussions focalisées (qui ne fournissent pas de résultats en termes quantitatifs tels que les pourcentages ou les rapports) pourraient être plus utiles pour identifier des barrières de ce type que des données provenant d'interviews structurées.

## **Section B**

### **QUALITE DES SOINS**

#### **Exemples d'indicateurs**

- ◆ Nombre de méthodes contraceptives disponibles dans un point de services spécifique
- ◆ Pourcentage de séances de counseling avec de nouveaux accepteurs pendant lesquelles le prestataire de services discute de toutes les méthodes
- ◆ Pourcentage de visites de clientes pendant lesquelles le prestataire réalise avec compétence les procédures cliniques, notamment les techniques de prévention des infections
- ◆ Pourcentage de clientes indiquant passer "un temps suffisant" avec le prestataire de services
- ◆ Pourcentage de clientes informées des dates et des sources pour le réapprovisionnement/revisite
- ◆ Pourcentage de clientes qui pensent que les heures/jours sont pratiques

Ces dernières années, la qualité des soins est devenue une question très importante pour les programmes internationaux de planification familiale. Cela ne veut pas dire qu'auparavant le personnel des programmes ne se souciait pas des besoins et des intérêts des clientes. Mais actuellement, les responsables des programmes dans un grand nombre de pays du monde entier adoptent une approche plus systématique à l'institutionnalisation du processus d'amélioration continue de la qualité pour les prestations de planification familiale (CEDPA et FHI, 1992). Parallèlement, les spécialistes de l'évaluation abordent la question méthodologique de la mesure de la qualité.

Il est utile d'examiner la question de la qualité en traçant une brève histoire de la question. Les premières initiatives de planification familiale pendant les années 50 et 60 ont été dictées par des préoccupations d'ordre démographique. Les pays pionniers ont mis sur pied des programmes de planification familiale, cherchant à enrayer la croissance rapide de la population. Aussi, l'objectif final de ces programmes (et de la majorité qui ont suivi) était de diminuer le niveau de fécondité, d'où la priorité accordée aux aspects quantitatifs de la prestation de services. Combien de nouvelles utilisatrices le programme compte-t-il chaque année? Quelle est la quantité de contraceptifs distribués? Quel est le pourcentage de la population à risques qui utilise une méthode de contraception? Cela explique l'intérêt accordé pendant des années à la quantité plutôt qu'à la qualité dans le monde entier.

Mais le lien entre quantité et qualité est de plus en plus reconnu (Jain, 1989; Jain, 1992). La prévalence de la contraception est déterminée, non seulement par le nombre de couples qui adoptent la planification familiale mais également par la durée d'utilisation de la contraception. De plus, de nouvelles utilisatrices se rendront plus facilement dans un service qu'ils jugent être de bonne qualité que dans celui où la qualité est jugée médiocre. Aussi, même ceux qui sont guidés par les buts démographiques et les objectifs du programme reconnaissent de plus en plus l'importance de la qualité dans le modèle des programmes de planification familiale. En outre, un grand nombre de personnes sont en faveur du mouvement de la qualité au regard de l'aspect humanitaire voulant que toutes les femmes méritent de recevoir les meilleurs services possibles au vu des conditions locales (Jain et al., 1993).

Une autre raison possible pour s'attacher à la quantité plutôt qu'à la qualité était la difficulté de mesurer le dernier aspect. S'il est relativement facile de compter le nombre de contraceptifs distribués, mesurer la qualité des soins est, de loin, plus complexe.

Deux événements à la fin des années 80 ont permis de faire avancer l'évaluation de la qualité. Premièrement, Judith Bruce a élaboré et publié un modèle conceptuel pour décrire la qualité des soins (1990). Ce modèle comprend six éléments: choix des méthodes, information donnée aux clientes, compétences techniques, relations interpersonnelles, mécanismes de continuité et constellation de services (modifié par la suite par certains praticiens en "adéquation et acceptabilité des services").

Deuxièmement, un sous-comité de la qualité des soins a été organisé par une équipe spéciale de l'USAID pour améliorer les indicateurs de performance des programmes de planification familiale. Ce groupe a adopté le modèle de Bruce et a fourni des indicateurs à titre d'exemple pour les six éléments du modèle. Il a encouragé les collègues dans ce domaine à "laisser 100 fleurs s'épanouir" (c'est-à-dire, à faire des essais avec différentes approches pour évaluer ou mesurer la qualité) (Sous-comité sur les Indicateurs de qualité pour la prestation des services de planification familiale, 1990). Ce travail a pavé le chemin, permettant à diverses organisations de mettre au point et de tester différentes méthodes d'évaluation de la qualité en fonction de leurs besoins institutionnels.

Au début de 1992, un groupe de travail pour la prestation de services a été réuni dans le modèle du Projet EVALUATION pour se pencher sur les questions de quantité, qualité et coût au sein des programmes de planification familiale. Ce groupe a identifié la qualité comme étant le domaine qui profiterait le plus d'un affinement des indicateurs et des méthodes d'évaluation. Ce groupe de travail, ainsi qu'un sous-comité de ce groupe, ont cherché à définir une liste centrale d'indicateurs mesurables conformes au modèle de Bruce (très connu par les organismes collaborateurs de l'USAID et susceptible de devenir le modèle de référence). Ce travail a grandement bénéficié des activités déployées par d'autres organisations participant activement à la mesure de la qualité, par exemple, le Population Council, par le biais de son analyse situationnelle (Fisher et al., 1992; Mensch et al., 1993).

La liste des indicateurs, élaborée en juin 1992 par le sous-comité, est indiquée en Annexe C (Projet EVALUATION, 1992b). Certaines personnes ont proposé de réduire la liste courante

des 42 indicateurs à un nombre plus gérable, surtout en raison de l'intercorrélation probable entre indicateurs d'un élément donné (à savoir un programme qui obtiendrait un bon score pour une mesure du choix des méthodes obtiendrait probablement un bon score pour la seconde mesure du choix des méthodes). Mais il n'existe pas suffisamment de travaux empiriques au niveau de ces indicateurs. Par conséquent, on ne sait pas lesquels peuvent être réunis le plus facilement au niveau terrain et lesquels sont le plus corrélés aux mesures au niveau effet (par exemple, continuité, prévalence). Aussi, la liste entière a-t-elle été gardée pendant la phase actuelle de test. Mais, aux fins du présent Manuel, seul un indicateur par élément a été choisi et décrit en détails. Aussi, les indicateurs dans le texte devraient-ils être pris à titre d'exemple.

## **NOMBRE DE METHODES CONTRACEPTIVES DANS UN POINT DE SERVICES SPECIFIQUE**

### **Elément**

Choix de méthodes

### **Définition**

"Nombre disponible" se rapporte aux méthodes observables dans un point de services donné, non expirées et pour lesquelles il existe un prestataire de services formé pouvant administrer la méthode (par exemple, insertion du DIU, ligature des trompes).

### **Données nécessaires**

Compte des différentes méthodes disponibles qui ne sont pas expirées et vérification montrant qu'il existe des prestataires de services appropriés pouvant fournir la méthode aux clientes.

### **Source(s) de données**

Observation au point de services (par exemple, dans le cas d'une analyse situationnelle).

### **But et questions**

Cet indicateur mesure la "quantité nécessaire mais non suffisante" pour offrir une gamme complète de méthodes contraceptives aux clientes, un des six éléments du modèle de Bruce.

Pour qu'une méthode soit disponible, il faut des mesures à deux niveaux: (1) au niveau gestion pour garantir l'offre de fournitures contraceptives non périmées et la présence de prestataires de services, et (2) au niveau prestataire de services, pour offrir effectivement toutes les méthodes appropriées à une cliente donnée. (Dans ce sens, "approprié" est utilisé par rapport aux intentions reproductives de la cliente et aux contre-indications médicales possibles). L'observation des fournitures existantes mesure la capacité du gestionnaire à stocker toutes les méthodes approuvées sur le plan national pour le type de formation sanitaire en question. Cf. Indicateur #6 en Annexe C pour une mesure de la volonté du prestataire d'offrir toutes les méthodes appropriées.

## **POURCENTAGE DE SEANCES DE COUNSELING AVEC DE NOUVEAUX ACCEPTEURS PENDANT LESQUELLES LE PRESTATAIRE DE SERVICES DISCUTE DE TOUTES LES METHODES**

### **Elément**

Informations données aux clientes

### **Définition**

"Toutes les méthodes" se rapporte à celles disponibles dans le point de services et qui conviennent à une cliente spécifique (du point de vue de ses intentions reproductives et des contre-indications possibles).

### **Données nécessaires**

Liste de vérification des méthodes décrites par le prestataire de services.

### **Source(s) de données**

Observation du contact prestataire de services-cliente (par un observateur ou, si c'est possible, par une cliente "mystère"). Interview à la sortie (si l'observation n'est pas possible).

### **But et questions**

Cet élément se rapporte à la question suivante: l'information donnée aux clientes est-elle complète, exacte et compréhensible? Il concerne le contenu de la conversation (contrairement à l'Elément #4 qui reflète l'aspect émotionnel quant à la manière dont cela a été dit).

Si le prestataire de services sait qu'on l'observe, il pourrait faire une présentation plus attentive des méthodes qu'en temps ordinaire. Aussi, est-il particulièrement approprié, lorsqu'on cherche à obtenir cette information, de faire appel à une cliente "mystère" (membre de l'équipe de recherche qui se présente comme une cliente aux fins d'observer une prestation de services donnée "dans des conditions normales"). Toutefois, cette technique risque de ne pas convenir dans un contexte rural ou un centre de santé dont la clientèle est connue (par exemple, programme de distribution communautaire). En effet, un "nouveau visage" pourrait être regardé avec méfiance.

On peut également poser des questions aux clientes, lorsqu'ils quittent le centre, portant sur les méthodes dont on a discuté pendant la séance. Mais cette approche comporte le risque, d'une part, des biais de rappel et, d'autre part, de la mention de méthodes connues auparavant (celles qui n'ont pas été présentées pendant la séance).

## **POURCENTAGE DE VISITES DE CLIENTES PENDANT LESQUELLES LE PRESTATAIRE REALISE AVEC COMPETENCE LES PROCEDURES CLINIQUES, NOTAMMENT LES TECHNIQUES DE PREVENTION DES INFECTIONS**

### **Élément**

Compétence technique

### **Définition**

L'évaluation d'une "compétence" devrait se faire conformément aux directives de prestation de services fixées aux niveaux national et/ou institutionnel. Les procédures cliniques "spécifiques" qui feront partie de l'évaluation doivent être définies par les responsables de l'évaluation.

### **Données nécessaires**

- ◆ Liste de procédures qui seront évaluées
- ◆ Liste de critères pour évaluer la compétence
- ◆ Note de chaque procédure

### **Source(s) de données**

Observation de la part d'une équipe de cliniciens jugés être des experts en ce domaine.

### **But et questions**

La compétence clinique est d'importance critique pour la qualité des soins. Même si la cliente n'est peut-être pas en mesure de juger si les procédures cliniques correctes ont été suivies lors d'une visite donnée au centre de santé, il incombe au programme de planification familiale d'établir des normes pour la prestation des services de planification familiale et pour l'observation des normes. Peu importe si le centre est petit, il est impératif d'avoir un niveau minimum de compétences techniques chez les prestataires de services.

Cette vigilance pourrait devenir une barrière médicale si des tests et des procédures inutiles sont demandés aux fins de protéger la santé du patient. Mais ce fait ne diminue pas l'importance de demander des prestataires de services techniquement compétents.

Cet "indicateur" demande, non pas un, mais plusieurs points de mesure correspondant aux différentes procédures nécessaires pour fournir aux clientes la gamme complète de méthodes de contraception. Une évaluation de ce type peut couvrir maints aspects de la prestation de services ou se limiter à deux ou trois aspects que les experts cliniques jugent essentiels pour la santé des clientes.

Faite couramment dans les centres médicaux, cette évaluation peut également être adaptée aux programmes de distribution communautaire et de marketing social des contraceptifs. Elle examine les tâches d'un agent de distribution communautaire ou d'un pharmacien/vendeur pour concevoir un instrument de classement de ces agents dans une situation de terrain. Mais puisque ce type d'agents n'effectuent pas de procédures cliniques, l'évaluation se concentrera surtout sur les aspects "counseling" de la prestation de services.

## **POURCENTAGE DE CLIENTES INDIQUANT PASSER "UN TEMPS SUFFISANT" AVEC LE PRESTATAIRE DE SERVICES**

### **Elément**

Relations interpersonnelles

### **Définition**

"Suffisant" est défini par la cliente en fonction de ses propres attentes et perceptions. L'indicateur se base sur le nombre de clientes auxquels on a posé des questions pendant une période donnée (jour ou semaine).

### **Données nécessaires**

Réponse de la cliente à la question figurant sur le questionnaire.

### **Source(s) de données**

Interview à la sortie, enquête de suivi au domicile de la cliente.

### **But et questions**

Cet indicateur fait partie d'un ensemble d'indicateurs mesurant les attitudes de la cliente face au prestataire de services. En effet, ces attitudes déterminent en partie la satisfaction générale des clientes face aux services. Les autres éléments qui entrent en jeu sont le temps total de la visite, la facilité ou la difficulté avec lesquelles les questions ont été posées et la courtoisie du personnel.

Ces éléments sont très influencés par le biais de politesse, surtout si la cliente pense que l'interviewer travaille pour le programme de planification familiale. En outre, dans des sociétés où les groupes à faibles revenus pensent qu'ils doivent accepter les services, quelle que soit leur qualité, les répondants risquent de ne pas vraiment comprendre la nature de la question posée. Ils risquent de ne pas réaliser que de meilleurs services pourraient être offerts ou ils peuvent penser qu'il est inconvenant de faire des commentaires négatifs à propos des prestataires de services ou des services offerts (Sous-Comité sur les indicateurs de qualité lors de la prestation de services de planification familiale, 1990).

Au vu de ces limitations, on peut se demander s'il est tellement valide de chercher à obtenir les attitudes des répondants face à ces questions. Toutefois, ceux qui travaillent dans le domaine de la qualité des soins diront que, pendant des décennies, ce sont les bailleurs de fonds et les responsables des programmes qui ont décidé de la manière dont les services devaient fonctionner, ne tenant pas compte du point de vue de la cliente. L'on obtiendrait une mesure bien plus fiable "du temps passé avec le prestataire de services" en utilisant un observateur de l'extérieur qui chronomètre le temps de la visite. Mais cela ne permettrait pas de savoir comment

la cliente a réagi à cette attente. Un retard de 30 minutes pourrait sembler long dans une société et court dans une autre. Aussi, l'important n'est-il pas tant le temps passé que l'attitude de la cliente à cet égard. En effet, c'est cette attitude qui influencera probablement sa décision d'adopter et de continuer à utiliser un moyen de contraception.

## **POURCENTAGE DE CLIENTES INFORMES DES DATES ET DES SOURCES POUR LE REAPPROVISIONNEMENT/REVISITE**

### **Elément**

Mécanismes pour assurer la continuité

### **Définition**

Les clientes doivent savoir:

- ◆ quand ils doivent revenir;
- ◆ où ils doivent revenir (s'il s'agit d'un autre point de services); et
- ◆ où ils peuvent obtenir un réapprovisionnement (s'il s'agit d'un autre point de services, surtout si ces services sont mieux situés).

### **Données nécessaires**

Preuves montrant que le prestataire informe la cliente des dates et du lieu pour le réapprovisionnement/revisite.

### **Source(s) de données**

Observation (de préférence avec une cliente "mystère"). Interviews à la sortie avec des clientes.

### **But et questions**

Le "besoin de revenir" dépendra des caractéristiques personnelles du client(e) ainsi que du type de méthode prescrite. Par conséquent, cette partie de l'évaluation devrait mesurer l'existence de critères bien clairs concernant les dates des revisites voyant si le prestataire observe ces critères.

## **POURCENTAGE DE CLIENTES QUI PENSENT QUE LES HEURES/JOURS SONT PRATIQUES**

### **Elément**

Adéquation et acceptabilité des services

### **Définition**

(s'explique de soi-même)

### **Données nécessaires**

Réponses des clientes dans le modèle d'interviews structurées ou de groupes de discussion focalisée.

### **Source(s) de données**

Interview à la sortie. Suivi des clientes. Groupes de discussion focalisée avec des clientes.

### **But et questions**

Les indicateurs sous cet élément couvrent un certain nombre d'aspects différents liés à la prestation de services qui influencent la satisfaction de la cliente. Il existe d'autres indicateurs mesurant l'adéquation et l'acceptabilité des services: counseling donné en privé, examen clinique fait en privé, temps d'attente, temps passé avec le prestataire de services, caractéristiques sociodémographiques du personnel (sexe, groupe ethnique, âge) et locaux adéquats. Aussi, même s'il s'agit quelque peu d'une catégorie "fourre-tout," ces questions influencent énormément l'éventuelle décision d'un client(e) d'aller consulter les services, d'adopter une méthode de contraception et de continuer à l'utiliser.

Dans des sociétés où les groupes à faibles revenus n'attendent pas de miracles de la part du système de santé, les clientes pensent peut-être qu'ils devraient prendre ce qu'on leur offre. De même, les heures/jours sont fixés de sorte à ce que personne ne retrouve à y redire. Tel que mentionné par rapport à l'indicateur précédent, "la cliente indique un temps suffisant avec le prestataire de services," on court également le risque du biais de politesse, surtout si le répondant pense que l'interviewer travaille pour le programme de planification familiale.

## Section C

### **IMAGE DU PROGRAMME**

- ◆ Nombre et type d'activités en vue d'améliorer l'image publique de la planification familiale pendant une période de référence
- ◆ Pourcentage du groupe ciblé favorable au programme (national) de planification familiale

Sur les trois volets des résultats de services - accessibilité, qualité et image du programme - un travail bien plus important a été fait pour les deux premiers que pour le troisième. Et pourtant, si l'on en juge d'après l'expérience des spécialistes du marketing du secteur privé, l'image du programme peut avoir un effet notable sur la réaction du public face à la philosophie de la planification familiale et sur les attitudes individuelles face à l'utilisation de la contraception.

Il existe de nombreux exemples d'efforts faits en vue de façonner ou de rehausser l'image publique d'un programme par le biais de changements structurels au sein de l'organisation. En Indonésie, la Campagne du cercle bleu a été lancée pour associer l'image de qualité aux prestations publiques de planification familiale. Au Guatemala, APROFAM (l'association privée de planification familiale) a été l'objet d'une attaque sans fin des médias au milieu des années 80 provoquée par des groupes conservateurs. Elle a répondu par une expansion de services en vue d'inclure une gamme plus large d'interventions de santé reproductive et de se positionner comme l'association du pays ayant le plus contribué à une meilleure santé des femmes.

Ces efforts ont-ils été couronnés de succès? L'amélioration de l'image du programme n'a pas été accompagnée d'un suivi rigoureux car ce dernier revient cher. Les fonds limités pour la recherche sont souvent octroyés à la recherche permettant de segmenter les publics et de trouver les messages les plus appropriés pour le prétest du matériel.

Par le passé, l'enquête traditionnelle connaissances-attitudes-pratiques (CAP) était la source de données la plus courante sur l'opinion publique face à la planification familiale. Mais lorsqu'elle a été remplacée par l'enquête sur la prévalence de la contraception (EPC) et par la suite par l'EDS, la question "peu concrète" sur les attitudes générales face à l'acceptabilité de la planification familiale a été éliminée dans des pays à prévalence moyenne et élevée. En effet, les réponses à ces questions ne sont pas utiles lorsqu'une proportion importante de répondants utilisent couramment la contraception. Actuellement, ce type de question est posé uniquement par les enquêtes sur des communications spécifiques ou dans des pays EDS à faible prévalence.

Dans cette section, nous avons établi un parallèle entre attitudes face à la planification familiale en général et attitudes face au programme (national) de planification familiale. Bien que le public puisse parfois faire une distinction nette entre les deux attitudes en général, elles tendent à se recouper. Toutefois, si la distinction reste importante, les indicateurs proposés peuvent être modifiés.

Pour le moment, seuls deux indicateurs sont proposés pour l'image du programme.

## **NOMBRE ET TYPE D'ACTIVITES EN VUE D'AMELIORER L'IMAGE PUBLIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE PENDANT UNE PERIODE DE REFERENCE**

### **Définition**

Le volume de communications (par le biais des mass médias ou des canaux interpersonnels) ou d'autres activités qui essayent explicitement de présenter sous une lumière favorable les buts et les objectifs du programme aux fins de rehausser l'image institutionnelle et/ou d'améliorer les attitudes publiques face à la planification familiale en général.

### **Données nécessaires**

Inventaire des communications faites pendant une période donnée (par exemple, un an).

### **Source(s) de données**

Service d'IEC, agence de publicité recrutée à cette fin.

### **But et questions**

Bien que cet indicateur puisse théoriquement fournir ce type d'information, la plupart des responsables de l'évaluation préféreront savoir dans quelle mesure les programmes de communication ont été efficaces sur le plan changement d'attitudes (en supposant que c'est là un des objectifs). Aussi, l'indicateur suivant sur l'attitude publique face à la planification familiale est de loin le plus pratique et le plus pertinent.

## **POURCENTAGE DU GROUPE CIBLÉ FAVORABLE AU PROGRAMME (NATIONAL) DE PLANIFICATION FAMILIALE**

### **Définition**

Pourcentage de la population qui donne une réponse positive concernant les attitudes face à la planification familiale en général et au programme national en particulier.

### **Données nécessaires**

Pourcentage donnant une réponse positive aux questions de l'enquête concernant les attitudes.

### **Source(s) de données**

Enquête sur la population ciblée.

### **But et questions**

Cet indicateur peut être utilisé pour la planification familiale en général (regroupant différents prestataires de services de planification familiale dans ce pays) ou pour un programme ou une institution spécifique (par exemple, le programme de marketing social). Il sert à identifier le sentiment public pouvant influencer le comportement individuel. Il sert à légitimer la planification familiale.

Cet indicateur sera peut-être particulièrement utile pour les groupes difficiles à atteindre (souvent au niveau projet). Par exemple, la recherche qualitative chez les indiens Mayas dans un des *departamentos* du Guatemala a montré que, pour de nombreuses personnes, planification familiale était synonyme du meurtre d'enfants pas encore nés (Ward et al., 1992). Dans ce cas, il serait utile de suivre l'effet qu'ont, dans le temps, les interventions du programme sur cette attitude.

## **Chapitre V**

### **Demande de fécondité**

- ◆ Taille idéale de la famille
- ◆ Désir d'enfants supplémentaires
- ◆ Nombre ou proportion de naissances précédentes désirées
- ◆ Indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS)

## **Chapitre V**

### **INDICATEURS DE MESURE DE LA DEMANDE D'ENFANTS (DEMANDE DE FECONDITE)**

La conceptualisation et la mesure de la demande d'enfants ont fait l'objet d'un nombre considérable de travaux de recherche. Sur la base de théories micro-économiques et de demande du consommateur en matière de décisions liées à la fécondité, la demande d'enfants est généralement définie comme le nombre d'enfants que des parents choisiraient d'avoir s'il n'y avait pas de problème subjectif ou économique concernant la régulation des naissances (Bulatao et Lee, 1983; Easterlin, 1978; McClelland, 1983; Espenshade, 1977). Dans ce contexte, la demande est perçue comme une question de préférence relative entre enfants d'une part et activités alternatives de consommation d'autre part. Outre le nombre d'enfants, elle inclut les préférences concernant le sexe des enfants ainsi que le moment et l'espacement des naissances (Bulatao, 1981). Certains chercheurs considèrent nécessaire d'ajouter au concept de la demande une notion de temps de référence (par exemple, moment auquel une enquête a eu lieu). Il est en effet possible que la demande change au cours du temps, sous l'effet de l'accumulation par les parents, à mesure qu'ils avancent dans leurs années fécondes, d'informations de validité supérieure touchant aux coûts et aux bénéfices d'avoir des enfants (Lee, 1980; Pullum, 1980).

Tel que noté dans l'introduction de ce Manuel, un grand nombre de facteurs aux niveaux société et individuel influencent la demande d'enfants. Une caractéristique importante du modèle conceptuel du Projet EVALUATION est que la demande de fécondité est vue comme étant également influencée par des caractéristiques des programmes de planification familiale. Les caractéristiques du contexte de l'offre de la planification familiale (dont les indicateurs sont présentés aux Chapitre II et III de ce Manuel) sont vus comme des facteurs influençant la demande d'enfants et la demande des services de planification familiale (dont les indicateurs sont traités au Chapitre VI), du moment que les femmes ou les couples décident de passer à l'action et de concrétiser leurs préférences en matière de fécondité.

Les indicateurs de demande de fécondité sont utiles à plusieurs égards pour la gestion des programmes. Premièrement, ils fournissent des informations sur les normes et les préférences au sein de la société concernant la taille de la famille ainsi que sur les changements de ces normes et préférences au fil du temps. Etant donné les solides preuves empiriques associant mesures de préférence en matière de fécondité, utilisation présente et future de la contraception et niveaux de fécondité (Westoff, 1990; Bongaarts, 1991a), les indicateurs sur la demande de la fécondité pourraient fournir des informations valables sur le niveau de la future demande pour des services du programme de planification familiale.

Deuxièmement, conjugués à une information sur la fécondité actuelle et l'utilisation de la contraception, les indicateurs sur la demande de fécondité fournissent une base pour calculer deux indicateurs utiles sur les effets du programme: (1) le niveau de "besoin non satisfait" pour des services de planification familiale et (2) la proportion de la demande totale pour des services de planification familiale satisfaite par l'utilisation courante de la contraception (voir Chapitre VI pour une discussion de ces indicateurs).

Le débat n'a eu de cesse dans la communauté des démographes pour savoir si le concept de la demande peut être mesuré de manière valide par le biais des questions posées lors d'enquêtes classiques portant sur les préférences et les intentions en matière de fécondité (Demeny, 1988; Hauser, 1967; McClelland, 1983). La recherche méthodologique indique que les questions standard des enquêtes mesurant les préférences et les intentions en matière de fécondité saisissent effectivement le concept de demande dans son sens (plus ou moins) économique bien que certaines formulations de questions se prêtent mieux à cette fin que d'autres (Bulatao et Lee, 1983; McClelland, 1983). De plus, au regard de la quantité importante de faits empiriques indiquant une bonne constance entre les réponses aux questions types des enquêtes et le comportement effectif en matière de contraception et de fécondité dans un grand nombre de pays en développement, il semble que des mesures significatives sur les aspirations en matière de fécondité puissent effectivement être tirées des questions comprises généralement dans des enquêtes démographiques (Westoff, 1990; Bongaarts, 1991a).

Quatre indicateurs, dont la discussion ci-après mentionnera les points forts et les points faibles, sont proposés dans ce chapitre comme des mesures pertinentes de la demande de fécondité.

## **TAILLE IDEALE DE LA FAMILLE**

### **Définition**

Nombre moyen d'enfants que des femmes (ou des couples) en âge de procréer choisiraient d'avoir s'ils pouvaient avoir exactement le nombre souhaité.

### **Données nécessaires**

Réponses aux questions portant sur le nombre souhaité d'enfants (voir ci-après pour des détails sur la formulation des questions).

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population ou données provenant des établissements sanitaires.

### **Buts et questions**

La taille souhaitée ou idéale de la famille est l'indicateur le plus connu et le plus disponible sur les préférences ou la demande en matière de fécondité. La plupart, si ce ne sont toutes les enquêtes de fécondité et de planification familiale faites ces dernières années, comportent les questions nécessaires pour cet indicateur. Comme sa définition le suggère, cet indicateur fournit une mesure du niveau de fécondité achevée souhaitée par des femmes ou des couples dans le cas de circonstances idéales où ils arrivent à réguler parfaitement les naissances et à avoir exactement le nombre d'enfants souhaités.

Les enquêtes sur la population sont la source préférée et courante de données pour cet indicateur. L'EDS pose des questions séparées aux femmes qui ont des enfants vivants et à celles qui n'en ont pas. On demande aux femmes sans enfants vivants "Si vous pouviez choisir d'avoir exactement le nombre d'enfants que vous souhaitez dans votre vie, combien en auriez-vous?" On demande aux femmes avec des enfants vivants "Si vous pouviez revenir au moment de votre vie où vous n'aviez pas d'enfants et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants que vous voulez avoir dans votre vie, combien en auriez-vous?" D'après cette question, les termes taille "souhaitée" et "idéale" de la famille sont utilisés de manière interchangeable. Des questions plus ou moins analogues faisaient partie de l'enquête mondiale précédente sur la fécondité (EMF) et de l'enquête sur la prévalence de la contraception (EPC).

L'information sur les préférences de fécondité peut également être obtenue à partir des dossiers des clientes des établissements de santé. Cette information est généralement obtenue lors d'une anamnèse initiale des nouveaux accepteurs. Il convient de noter cependant deux différences importantes entre ces données et les données provenant d'enquêtes. Premièrement, les données cliniques se rapportent généralement à la taille souhaitée de la famille vu le nombre d'enfants de la cliente alors que les données des enquêtes représentent une mesure plus idéalisée, à savoir le nombre d'enfants qu'une femme aurait si elle pouvait "recommencer à zéro." Deuxièmement, les

données sur la taille souhaitée de la famille obtenues dans des établissements sanitaires reflètent la demande d'enfants chez des femmes qui vont consulter des services de planification familiale dans un centre de santé, nombre qui n'est pas forcément indicatif du niveau de demande d'enfants au sein de la population générale. Pour cette raison, on préfère généralement les données d'enquêtes sur la population comme source d'information sur la demande d'enfants au niveau de la population.

Bien que la taille idéale de la famille soit un indicateur largement utilisé, la recherche méthodologique montre que c'est un indicateur biaisé de la demande. En effet, on pense que les biais suivants l'affectent (Westoff, 1991; Bongaarts, 1990):

- ◆ la tendance qu'ont les répondants à donner des réponses "normatives";
- ◆ la tendance qu'ont les femmes à parité élevée à rationaliser des grossesses non souhaitées en indiquant une taille souhaitée de la famille égale ou dépassant le nombre d'enfants qu'elles ont (à savoir une rationalisation ex-post facto); et
- ◆ le fait que certains répondants ne peuvent pas ou ne veulent pas quantifier leurs souhaits en matière de fécondité (par exemple, des réponses comme "autant que possible" ou "comme Dieu le voudra").

Les résultats de la recherche faite jusqu'à présent indiquent que d'autres indicateurs dont il est question dans ce chapitre pourraient fournir des mesures plus valides du niveau de demande d'enfants.

## **DESIR D'ENFANTS SUPPLEMENTAIRES**

### **Définition**

Nombre ou proportion de femmes (ou de couples) en âge de procréer qui souhaitent avoir un autre enfant ou qui ne souhaitent plus avoir d'enfants.

### **Données nécessaires**

Nombres ou proportions de répondants indiquant qu'ils souhaitent ou ne souhaitent pas avoir d'autres enfants.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population ou données provenant d'établissements sanitaires.

### **But et questions**

Cet indicateur est couramment utilisé dans le modèle d'enquêtes pour identifier, d'une part, les femmes (ou les couples) qui veulent d'autres enfants et, d'autre part, les femmes qui ne souhaitent pas avoir davantage d'enfants et qui témoignent ainsi de leur besoin ou demande de limitation de fécondité. L'EDS pose la question suivante aux femmes mariées ou vivant en union qui ne sont pas enceintes: "Aimeriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir (ou ne plus avoir) d'enfants?" Parallèlement, on demande aux femmes enceintes (ou qui sont dans l'incertitude à ce sujet) au moment de l'enquête, "Une fois que l'enfant que vous attendez est né, aimeriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants?"

En fonction des réponses à ces deux questions, les répondantes peuvent être classées en deux catégories: celles avec une demande pour d'autres enfants et celles qui désirent éviter toute grossesse future. On considère que les femmes rangées dans cette dernière catégorie ont une demande de planification familiale (Voir Chapitre VI). Une publication récente illustre l'utilisation de questions à l'instar de celles de l'EDS pour étudier les différences et les tendances entre divers pays dans les intentions de mettre fin à la fécondité (Westoff, 1991).

Les réponses à ce type de question peuvent également être utilisées de pair avec des informations sur la fécondité et sur l'utilisation courante de la contraception pour évaluer le niveau de besoin non satisfait en matière de planification familiale (Voir Chapitre VI).

Des informations comparables peuvent parfois être obtenues des statistiques de services des programmes de planification familiale réalisées en milieu clinique. On pose souvent aux niveaux clientes des questions analogues à celles incluses dans l'EDS pour déterminer l'adéquation des différentes méthodes de contraception par rapport aux intentions sur le plan fécondité: à savoir les méthodes appropriées pour limiter ou pour espacer les naissances. Les mises en garde concernant l'utilisation de données provenant d'établissements sanitaires exposés dans la discussion de l'indicateur précédant s'appliquent également à cet indicateur.

Malgré les réserves émises au départ quant à la validité des mesures du comportement réel en matière de fécondité basées sur des questions d'enquête de ce type, des études récentes ont dégagé des preuves assez convaincantes de solides associations au niveau agrégé entre, d'une part, les souhaits exprimés d'avoir d'autres enfants et, d'autre part, les modes d'utilisation courants de la contraception et la fécondité actuelle et future (Bongaarts, 1990; Westoff, 1991). On juge actuellement que l'indicateur est relativement non biaisé puisqu'il n'y a aucune raison évidente faisant que les répondants surestiment ou sous-estiment dans leurs réponses leur désir d'avoir d'autres enfants.

## **NOMBRE OU PROPORTION DE NAISSANCES PRECEDENTES DESIREES**

### **Définition**

Nombre ou proportion de naissances sur une période antérieure spécifiée qui ont été "désirées" ou en revanche, "non désirées."

Les naissances sont classées comme désirées lorsque les répondantes indiquent qu'elles souhaitaient avoir d'autres enfants au moment où elles sont tombées enceintes de l'enfant dont il est question.

Les naissances non souhaitées sont celles où les répondantes indiquent qu'elles ne voulaient pas d'autres enfants au moment où elles sont tombées enceintes.

### **Données nécessaires**

Réponses aux questions rétrospectives demandant aux répondantes si elles souhaitaient au non avoir d'autres enfants au moment où elles sont tombées enceintes, pendant un intervalle spécifié (par exemple, pour les naissances qui ont eu lieu pendant les deux à cinq ans avant l'enquête).

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Cet indicateur est proposé pour suppléer la mesure de demande de fécondité concernant la taille souhaitée de la famille. En principe, l'indicateur fournit une mesure simple et relativement directe de "la fécondité souhaitée" en tant que mesure de la demande récente de fécondité. Contrairement aux deux indicateurs précédents de la demande, le présent indicateur cherche à mesurer la demande à un moment spécifié du passé (au moment de la dernière grossesse) et n'évalue donc pas les intentions courantes en matière de procréation.

Les naissances souhaitées sont en premier lieu les naissances désirées par les femmes au moment où elles sont tombées enceintes de l'enfant présent ainsi que les naissances résultant de grossesses souhaitées mais non pas au moment où elles se sont présentées. Les naissances non souhaitées correspondent aux naissances observées chez les femmes qui ne désiraient plus avoir d'enfant supplémentaire au moment où elles sont tombées enceintes.

L'indicateur de naissances précédentes souhaitées peut être dérivé d'une question d'enquête demandant aux répondantes si elles souhaitaient ou non avoir un autre enfant au moment où elles sont tombées enceintes d'enfants nés durant la période précédant immédiatement l'enquête. Par exemple, pendant l'EDS, la question suivante est posée concernant

toutes les naissances sur les cinq ans avant l'enquête: "Juste avant que vous ne tombiez enceinte de (nom de l'enfant), souhaitiez-vous avoir un autre enfant à ce moment là, vouliez-vous attendre un peu plus longtemps ou ne vouliez-vous plus avoir d'enfants?" Les naissances souhaitées sont celles qui sont classées dans les deux premières catégories.

La proportion de naissances précédentes indiquées comme des naissances non souhaitées fournit un indicateur conceptuellement simple des échecs de la régulation des naissances. Mais suite à d'éventuels problèmes méthodologiques qui lui ont été imputés (voir détails ci-dessous), cet indicateur n'est pas utilisé couramment. Les chercheurs ont longtemps pensé que cet indicateur pouvait être très biaisé en faveur d'une surestimation du niveau actuel de la fécondité "désirée" car les répondantes aux enquêtes n'aiment pas avouer des grossesses non souhaitées lors d'une interview. Une étude récente des sept pays de l'EDS vient étayer cette opinion (Bongaarts, 1990). Dans les sept pays, l'indice synthétique de fécondité, mesuré en fonction de comptes rendus de naissances souhaitées et non souhaitées lors des cinq années précédant l'enquête (appelé "le taux de fécondité souhaitée") était en moyenne supérieur de 12% au taux de fécondité souhaitée, lui-même considéré comme ayant tendance à surestimer le "véritable" niveau de fécondité souhaitée.

Malgré ces réserves, une étude récente utilisant les données de l'EDS provenant de l'Indonésie concluait que la proportion de fécondité non souhaitée impliquée par l'indicateur, à savoir 28% des naissances pendant les cinq années avant l'enquête, était fort possible puisque ce niveau est corroboré par d'autres estimations provenant de plusieurs variables comportementales. Il n'est donc pas exclu que le nombre ou la proportion de naissances précédentes non souhaitées soit suffisamment non biaisé pour être utile dans certains contextes (par exemple, dans des contextes où la régulation des naissances est très pratiquée et où les répondantes parlent donc plus ouvertement des échecs de la régulation des naissances lors d'une interview d'une enquête) (Weller et al., 1981)

## INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE SOUHAITEE (ISFS)

### Définition

Nombre d'enfants qu'aurait une femme (ou 1 000 femmes) si, tout au long de sa vie féconde, elle avait un nombre d'enfants conforme aux taux de fécondité par âge, ne prenant en compte que les seules naissances "souhaitées" ou "désirées".

Pour cet indicateur, naissances "souhaitées" est défini en tenant compte, d'une part, de la taille souhaitée de la famille (telle que définie auparavant dans ce chapitre) et d'autre part, du nombre d'enfants vivants. Toutes les naissances pendant une période de référence spécifiée (généralement deux à cinq ans avant l'enquête) qui ne portent pas le nombre d'enfants vivants de la répondante au-delà de la dimension souhaitée de la famille, tel qu'indiqué, sont classées comme naissances souhaitées. Des naissances qui font que le nombre d'enfants vivants dépasse la taille souhaitée de la famille sont considérées comme des naissances non souhaitées.

L'indicateur est calculé de la manière suivante:

$$\text{ISFS} = 5 \sum_a (\text{NS}_a / \text{E}_a)$$

où:

$\text{NS}_a$  = Nombre de naissances souhaitées chez des femmes dans le groupe d'âges  $a$  pendant une année ou une période de référence donnée.

$\text{E}_a$  = Nombre de personnes-années d'exposition dans le groupe d'âges  $a$  pendant la période de référence.

### Exemple de calcul

Estimation de l'ISFS pour des femmes âgées de 15 à 44 ans pendant les 36 mois avant l'enquête, Nord-Est du Brésil.

Groupe d'âges	Total naissances	Naissances souhaitées	Personnes-années d'exposition	Taux/femme
	$N_a$	$NS_a$	$E_a$	
15-19	289	260	3 820	0,068
20-24	619	466	3 200	0,146
25-29	459	281	2 733	0,103
30-34	349	151	2 324	0,065
35-39	218	78	2 267	0,034
40-44	71	20	1 872	0,011

(Source de données: Enquête démographique et de santé au Nord-Est du Brésil, 1991).

$\text{ISFS} = 5 (0,068 + 0,146 + 0,103 + 0,065 + 0,034 + 0,011) = 2,13$

## Données nécessaires

Réponses aux questions d'enquêtes concernant:

- ◆ Le nombre des naissances enregistrées au cours d'une période spécifiée (généralement les deux à cinq années avant l'enquête) et les dates de ces naissances,
- ◆ Le nombre souhaité d'enfants ou la taille idéale de la famille; et
- ◆ Le nombre total d'enfants nés et le nombre d'enfants vivants.

## Source(s) de données

Enquêtes sur la population.

## But et questions

L'ISFS est une mesure de la fécondité "souhaitée". Il fournit une estimation hypothétique de ce que serait l'indice synthétique de fécondité (ISF), vu les taux de fécondité par âge sur une période passée récente si tous les désirs des femmes en matière de fécondité se réalisaient (c'est-à-dire, s'il n'y avait que des naissances "souhaitées"). Nous avons vu que le nombre de naissances précédentes souhaitées risquait d'être biaisé. L'ISFS cherche à remédier à ce problème en définissant "souhaité" ou "désiré" en fonction de la constance (ou du manque de constance) entre taille souhaitée de la famille, telle qu'indiquée, et nombre d'enfants vivants, et non pas en prenant en compte des informations rétrospectives sur les intentions en matière de fécondité en début de grossesse.

L'ISFS est la somme des taux de fécondité par âge, ou de manière équivalente, l'indice synthétique de fécondité, après exclusion des naissances enregistrées durant une période de référence spécifiée, naissances faisant que le nombre d'enfants vivants des répondantes de l'échantillon dépasse le nombre souhaité d'enfants qu'elles ont indiqué.

Dans le modèle de l'EDS, le nombre de naissances survenant pendant la période de référence spécifiée est extrait de la partie "histoire des naissances" de l'interview. Le nombre d'enfants vivants est indiqué en réponse aux questions sur la fécondité totale et la survie. Les informations sur la taille souhaitée de la famille sont obtenues à partir de questions d'enquête décrites auparavant dans ce chapitre.

La définition que nous avons donnée de l'ISFS s'inspire des travaux de Lightbourne (1985, 1987) et de Westoff (1991) qui l'ont décrite au départ sous le nom "d'indice synthétique de fécondité désirée" ou ISFD. Dans une publication récente, Bongaarts (1990) propose une définition modifiée de l'ISFS. Selon celle-ci, les naissances souhaitées sont définies en fonction du fait que les répondantes de l'enquête souhaitaient ou non d'autres enfants au moment de l'enquête et non pas sur la base de la comparaison du nombre souhaité d'enfants et du nombre

d'enfants vivants. Cette définition implique que les naissances survenant pendant une période de référence spécifiée sont classées comme souhaitées si la répondante a indiqué au moment de l'enquête qu'elle voulait d'autres enfants.

L'argument avancé en faveur de cette définition révisée est qu'elle se fonde sur le souhait des répondantes au moment de l'enquête d'avoir d'autres enfants. C'est une estimation de demande probablement moins affectée par les biais de notification que l'indicateur de taille désirée de la famille (Bongaarts, 1990). Le lecteur désirant davantage d'informations sur ces indicateurs est prié de se rapporter aux discussions précédentes sur ce sujet. La comparaison des estimations des deux versions de l'ISFS pour 48 pays de l'EDS indique que les deux mesures sont plus ou moins proches pour la plupart des pays avec une différence moyenne entre les mesures d'environ 9 % - 4,09 contre 3,76 (Bongaarts, 1990). Sur la base des connaissances acquises à ce jour, les deux versions de l'ISFS semblent préférables, pour définir la fécondité, à la question de savoir si la dernière grossesse était désirée.

La comparaison entre l'ISFS et l'ISF nous donne une indication relativement directe de la mesure dans laquelle la fécondité observée dépasse la fécondité désirée ou souhaitée. Cette comparaison permet aux responsables du programme et aux décideurs de mieux évaluer la demande éventuelle pour des services de planification familiale dans le court et le moyen terme et la possibilité d'une diminution de la fécondité à l'avenir (Westoff, 1991). Dans le cas de la région du Nord-Est au Brésil, par exemple, la comparaison entre l'ISF (3,66) et l'ISFS (2,13) indique qu'une proportion considérable de la fécondité actuelle n'est pas souhaitée et qu'il existe une demande latente notable au sein de cette population. Aussi, peut-on s'attendre à un accroissement de la prévalence de la contraception et à une baisse de la fécondité dans cette région, si toutefois il existe des services de planification familiale de bonne qualité.

## **Chapitre VI**

### **Demande de planification familiale**

- ◆ Demande de limitation
- ◆ Demande d'espacement des naissances
- ◆ Demande totale (de planification familiale)
- ◆ Besoin non satisfait en matière de planification familiale
- ◆ Satisfaction de la demande de planification familiale

## INDICATEURS DE MESURE DE LA DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE

La demande de planification familiale est le souhait des femmes ou des couples de réguler leur future fécondité. Tel qu'indiqué dans le modèle conceptuel donné au Chapitre I, la demande de planification familiale est directement influencée par l'offre (éventuelle) d'enfants; à savoir le nombre d'enfants vivants qu'une femme ou un couple aurait en l'absence d'un comportement de régulation de la fécondité par rapport à la parité (Bongaarts et Menken, 1983; Knodel, 1983) ainsi que par la demande d'enfants chez une femme ou un couple (voir définitions et indicateurs correspondants au Chapitre V). On dit qu'il existe une demande de planification familiale lorsque l'offre d'enfants dépasse le nombre souhaité ou préféré. On suppose que des femmes ou des couples continueront (ou du moins auront l'intention de continuer) à avoir des enfants tant qu'ils n'auront pas atteint le nombre souhaité d'enfants, puis, à partir de ce point, on suppose qu'ils seront motivés à réguler les naissances futures d'une manière ou d'une autre (en supposant bien sûr que le nombre d'enfants souhaités reste le même) (Hermalin, 1983).

Une fois identifié le souhait de limiter ou d'espacer les futures naissances, l'éventuelle adoption de la contraception sera déterminée par une évaluation des coûts économiques, sociaux et physiques liés à la régulation des naissances ainsi que par l'intensité de la motivation poussant à limiter la fécondité. Dès que la demande de régulation des naissances dépasse les coûts effectifs ou perçus de cette régulation, les femmes ou les couples devraient normalement prendre les mesures nécessaires liées à l'adoption de la contraception.

Les indicateurs de demande de planification familiale jouent un rôle important, tant au niveau de la gestion qu'à celui de l'évaluation des programmes de planification familiale. A l'évidence, une des grandes fonctions de la gestion d'un programme consiste à fournir des ressources suffisantes pour satisfaire à la demande existante et anticipée pour des services de planification familiale. Aussi, les informations sur la structure et les niveaux actuels et prévus de la demande (c'est-à-dire, la distribution des femmes ou des couples ayant une demande pour des services par facteur, telle que l'emplacement géographique, le statut socioéconomique et les caractéristiques démographiques) sont-elles un déterminant crucial d'une planification efficace du programme.

La demande de planification familiale peut être divisée en deux volets: la demande de limitation et la demande d'espacement des naissances. Les femmes ou les couples qui souhaitent mettre fin à leur procréation ont une demande de limitation des naissances alors que ceux qui souhaitent remettre à plus tard les naissances (mais non pas d'arrêter d'avoir des enfants) ont une demande d'espacement des naissances. Vu que les services et les méthodes de contraception demandés par des clientes changent suivant qu'ils veulent limiter ou espacer les naissances, les indicateurs identifiant ces demandes fournissent des informations utiles sur les besoins courants et prévus du programme du point de vue combinaison de services et méthodes de contraception.

Outre le fait de satisfaire à la demande existante pour des services de planification familiale, les administrateurs des programmes doivent également s'occuper de deux autres aspects liés à la demande de services. Une fonction particulièrement importante de la gestion concerne la traduction de la demande latente en utilisation de la contraception. Dans de

nombreux pays en développement, il existe un nombre croissant de femmes et de couples dont le nombre d'enfants vivants dépasse le nombre exprimé d'enfants souhaités (Bongaarts, 1991b; Westoff et Ochoa, 1991). Mais, dans un certain nombre de ces pays, cette demande apparente ou latente de régulation des naissances n'a pas encore débouché sur une fréquentation significative des services de planification familiale pour les femmes et les couples concernés. Dans certains cas, l'offre de services dépasse, d'une marge considérable, la demande effective de services. L'une des principales tâches de gestion d'un programme de planification familiale est de motiver les femmes ou les couples ayant une demande apparente pour la planification familiale à aller consulter les services du programme, par le biais des activités d'IEC (voir Chapitre III) et/ou d'autres améliorations dans le contexte de l'offre de planification familiale (voir Chapitre IV).

Les responsables du programme doivent également chercher à créer la demande. Vu les attitudes changeantes dans le groupe ciblé face à la planification familiale, des efforts soutenus doivent être faits pour améliorer la compréhension et l'acceptation d'éléments-clés tels que les avantages sociaux, économiques et sanitaires liés à la régulation des naissances et les risques potentiels d'utilisation des moyens contraceptifs.

Pour les deux buts susmentionnés, les indicateurs du niveau et de la distribution démographique, socioéconomique et géographique de la demande fournissent des informations utiles pour concevoir et réaliser des activités en vue d'influencer le niveau et l'intensité de la demande pour les services du programme.

Dans l'optique de l'évaluation du programme, des indicateurs du niveau de demande pour la planification familiale fournissent une base pour évaluer la performance du programme dans un certain nombre de domaines, notamment: (a) la mesure dans laquelle la demande existante est satisfaite (voir indicateurs "besoin non satisfait de planification familiale" et "proportion de la demande satisfaite par l'utilisation de la contraception," présentés dans ce chapitre), (b) la mesure dans laquelle les programmes ont une orientation stratégique correspondant au niveau et à la structure actuels et anticipés de la demande et (c) la mesure dans laquelle le programme a réussi à créer une demande.

Enfin, il convient de noter que les calculs de demande de planification familiale à partir de données des enquêtes sont plutôt complexes. Cette difficulté découle de la nécessité de prendre en compte simultanément de nombreux facteurs lors du classement des répondants par niveau de demande. Pour l'aider, le lecteur trouvera, en Annexe E, des exemples de tableaux montrant la distribution de femmes, à partir des données de l'EDS I dans divers pays, par catégorie importante, pour calculer des indicateurs de demande de planification familiale ainsi qu'un diagramme montrant comment les femmes de différentes catégories sont combinées de manière à déterminer la valeur des différents indicateurs passés en revue dans le présent chapitre. Ces exemples de tableaux sont présentés dans l'espoir d'aider les lecteurs peu familiarisés avec ce matériel à comprendre la logique des indicateurs de demande de planification familiale et la façon de les calculer.

## DEMANDE DE LIMITATION

### Définition

Nombre ou proportion de femmes couramment mariées ou en union qui sont fécondes et qui ne veulent plus avoir d'autres enfants.

Cet indicateur est calculé de la manière suivante:

$$D_L = C_L + U_L + E_L$$

où:

**D<sub>L</sub>** = Nombre ou proportion de femmes couramment mariées ou en union ayant une demande de limitation,

**C<sub>L</sub>** = Nombre de femmes couramment mariées ou en union ne souhaitant plus avoir d'enfant et qui utilisent actuellement une méthode de contraception (c'est-à-dire, demande satisfaite),

**U<sub>L</sub>** = Nombre de femmes fécondes couramment mariées ou en union qui ne veulent plus d'enfant mais qui n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception plus le nombre de femmes mariées ou en union actuellement enceintes ou aménorrhéiques, dont la grossesse courante/passée n'était pas voulue et a eu lieu alors qu'elles n'utilisaient pas une méthode de contraception (c'est-à-dire, demande non satisfaite), et

**E<sub>L</sub>** = Nombre de femmes mariées ou en union, actuellement enceintes ou aménorrhéiques dont la grossesse actuelle/passée était due à un échec de la contraception (explication de catégorie spéciale).

### Exemple de calcul

Estimation de la demande totale pour la limitation des naissances en Egypte, 1988 (exprimé en tant que pourcentage des femmes couramment mariées).

$$\begin{aligned} D_L &= C_L + U_L + E_L \\ &= 31,9 + 15 + 1,4 \\ &= 48,3 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé en Egypte, 1988; calculs de Westoff et Ochoa (1991).

## **Données nécessaires**

Réponses aux questions des enquêtes portant sur:

- ◆ le souhait d'avoir d'autres enfants;
- ◆ l'utilisation ou la non-utilisation courante de la contraception;
- ◆ la situation courante en matière de fécondité, de grossesse et d'aménorrhée des femmes qui n'utilisent pas de méthode contraceptive au moment de l'enquête;
- ◆ le fait que la grossesse courante/passée était souhaitée ou non (en matière numérique) pour des femmes actuellement enceintes ou aménorrhéiques, et
- ◆ le fait que les femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques utilisaient une méthode de contraception ou non au moment de la grossesse courante ou de la dernière grossesse (en d'autres termes, la grossesse courante ou la dernière grossesse est-elle le résultat d'un échec de la contraception).

## **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

## **Buts et questions**

Cet indicateur nous donne une estimation du nombre total de clientes qui devraient être servies par les programmes de planification familiale si toutes les femmes qui désirent mettre fin à leur fécondité se rendaient dans les services de planification familiale. L'estimation de la demande totale de limitation des naissances se base sur deux composantes principales: (a) la proportion de la demande totale de limitation des naissances qui est satisfaite par l'utilisation courante de la contraception et (b) le besoin non satisfait en matière de limitation des naissances (voir discussion sur le besoin non satisfait en matière de planification familiale présentée par la suite dans ce même chapitre pour des détails supplémentaires sur la définition et le calcul de cet indicateur).

Selon la méthode proposée par Westoff et Ochoa (1991), les femmes qui sont enceintes ou aménorrhéiques au moment de la mesure de l'indicateur (par exemple, au moment d'une enquête) et dont la grossesse passée ou actuelle tenait à un échec de la contraception sont également jugées comme ayant une demande de planification familiale bien qu'elles ne courent pas actuellement le risque de tomber enceinte. La raison en est la suivante: vu que la grossesse actuelle ou passée de ces femmes n'était pas souhaitée et qu'elles cherchaient à l'éviter en utilisant un moyen contraceptif, il est très probable que ces femmes utiliseront à nouveau un moyen de contraception à l'avenir (mais probablement, elles choisiront une autre méthode). Par conséquent, il faudrait les inclure dans la demande totale de limitation des naissances.

Mais, pour tenir compte de ces femmes dans le calcul de la demande, il faut ajouter un terme à l'équation ( $E_L$ ), tel que montré ci-dessus, puisque les femmes dans ce groupe ne sont pas en train d'utiliser des méthodes de contraception et ne sont pas non plus fécondes. Sans cet ajustement, elles seraient exclues des calculs.

Dans l'optique de cet indicateur, sont considérées "sous-fécondes", les femmes non enceintes, en union depuis au moins cinq ans, qui n'ont pas utilisé de moyen de contraception et qui n'ont pas été fécondes et/ou qui n'avaient pas de menstruation pendant les douze semaines précédant l'enquête (Westoff et Ochoa, 1991).

Bongaarts (1991b) a proposé une autre façon de calculer la demande totale de limitation fondée sur la seconde méthode de calcul du besoin non satisfait de planification familiale décrit par la suite dans ce chapitre. Cette approche diffère de celle décrite ci-dessus en ce qui concerne la méthode utilisée pour calculer le besoin non satisfait. Puisque, tel que nous le verrons par la suite dans ce chapitre, les deux méthodes de calcul du besoin non satisfait aboutissent à des résultats analogues, les estimations du niveau de demande de limitation obtenues par le biais des deux méthodes donneront des résultats là aussi très proches.

Bien que les femmes non mariées ou en union représentent, dans certaines sociétés, une proportion importante des femmes courant le risque de tomber enceinte, les mesures de demande de planification familiale se limitent normalement aux femmes mariées ou en union au moment de l'enquête. La raison principale de ce choix réside dans la volonté de limiter l'estimation, dans la mesure du possible, aux femmes qui risquent réellement de tomber enceintes. Il semble raisonnable, en outre, de douter de la validité des réponses données par des femmes célibataires aux questions concernant les intentions en matière de procréation (Westoff et Ochoa, 1991). Toutefois, il convient de se rappeler de cette restriction lorsqu'on interprète des estimations de la demande dans des sociétés caractérisées par une proportion significative des naissances observées hors mariage et/ou hors union.

Pour les groupes auxquels cette définition restrictive du risque de grossesse ne s'applique pas, on pourra inclure, dans le calcul de la demande, toutes les femmes en âge de procréer qui n'ont pas encore atteint, disons les 25 ans, et qui ont déjà eu des rapports sexuels, selon les réponses aux questions de l'EDS sur l'activité sexuelle.

Enfin, il convient de noter que des estimations sur les proportions de femmes ou de couples en âge de procréer ou actuellement mariées ou en union, ayant une demande de limitation, peuvent être obtenues directement à partir de données d'enquête, telles que celles fournies par l'EDS. Si l'on souhaite, en revanche, déterminer le nombre absolu de femmes ou de couples ayant une demande de limitation (par exemple, pour les prévisions en matière de personnel et d'approvisionnement en contraceptifs), il faudra des chiffres récents des recensements ou des projections du nombre d'habitants pour pouvoir convertir les estimations des proportions provenant des enquêtes en nombres absolus ou totaux du nombre d'habitants. Cette limitation s'applique également aux autres indicateurs présentés dans ce chapitre.

## DEMANDE D'ESPACEMENT DES NAISSANCES

### Définition

Nombre ou proportion de femmes couramment mariées ou en union qui sont fécondes et qui souhaitent remettre à plus tard la naissance de leur prochain enfant (par exemple, dans deux ans à compter de la date de l'enquête).

Cet indicateur est calculé de la manière suivante:

$$D_e = C_e + U_e + E_e$$

où:

$D_e$  = nombre ou proportion de femmes couramment mariées ou en union ayant une demande d'espacement des naissances,

$C_e$  = nombre de femmes couramment mariées ou en union souhaitant remettre à plus tard leur prochaine grossesse et qui utilisent couramment une méthode de contraception (c'est-à-dire ayant une demande ou un besoin satisfaits),

$U_e$  = nombre de femmes fécondes couramment mariées ou en union souhaitant remettre à plus tard leur prochaine grossesse (laps de temps spécifié) mais qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception plus le nombre de femmes mariées ou en union couramment enceintes ou aménorrhéiques, dont la grossesse courante/passée a eu lieu plus tôt que désiré et qui n'utilisaient pas de méthode contraceptive au moment de tomber enceintes (demande ou besoin non satisfaits), et

$E_e$  = Nombre ou proportion de femmes mariées ou en union, couramment enceintes ou aménorrhéiques et dont la grossesse courante/passée s'est déroulée plus tôt que souhaité suite à un échec de la contraception.

### Exemple de calcul

Estimation de la demande totale pour l'espacement des naissances en Egypte, 1988 (exprimé en tant que pourcentage des femmes couramment mariées).

$$\begin{aligned} D_e &= C_e + U_e + E_e \\ &= 5,9 + 10,1 + 0,5 \\ &= 16,5 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé en Egypte, 1988; calculs de Westoff et Ochoa (1991).

### Données nécessaires

Réponses aux questions des enquêtes portant sur:

- ◆ le souhait d'avoir d'autres enfants et, chez les femmes qui veulent d'autres enfants, la durée préférée de l'intervalle intergénéral;
- ◆ l'utilisation ou la non utilisation courante d'un moyen contraceptif;
- ◆ la situation courante sur le plan de la fécondité, la grossesse et l'aménorrhée pour les femmes qui n'utilisent pas actuellement une méthode de contraception;
- ◆ le fait que la dernière grossesse ou la grossesse courante était souhaitée à ce moment-là ou non, chez les femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques; et
- ◆ le fait qu'une méthode de contraception ait été utilisée ou non au moment de la dernière grossesse ou de la grossesse courante pour les femmes actuellement enceintes ou aménorrhéiques.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit une estimation du nombre total de client(e)s qui devraient être desservies par les programmes de planification familiale si toutes les femmes qui désirent espacer les futures naissances se rendaient dans les services de planification familiale. A l'instar de l'indicateur sur la demande de limitation, l'estimation de la demande totale d'espacement comprend deux grands volets: (a) la proportion de la demande totale d'espacement qui est satisfaite par l'utilisation actuelle de la contraception et (b) le besoin non satisfait d'espacement des naissances.

Là aussi, selon l'approche proposée par Westoff et Ochoa (1991), les femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques dont la dernière grossesse ou la grossesse courante n'était pas souhaitée à ce moment suite à l'échec de la contraception sont jugées comme ayant une demande d'espacement, même si ces femmes ne courent pas le risque de tomber enceintes. La raison justifiant l'inclusion de ces femmes au calcul de la demande d'espacement est la même que celle décrite par rapport à l'indicateur sur la demande de limitation. Vu que la contraception est utilisée pour chercher à espacer la dernière grossesse ou la grossesse courante et que les femmes, dans cette catégorie, cherchaient à ajourner la naissance suivante, il est fort probable qu'elles recommenceront à utiliser à l'avenir un moyen de contraception (mais probablement une méthode différente) et, par conséquent, il faudrait les inclure à l'estimation de la demande. A l'instar de l'indicateur sur la demande de limitation, il faut ajouter un terme à l'équation tel que montré auparavant pour tenir compte de ces femmes dans le calcul de la demande de l'espacement car, sans cet ajustement, elles ne seront pas incluses au calcul.

Cet indicateur peut également être calculé en appliquant la méthode du besoin non satisfait d'espacement des naissances proposée par Bongaarts (1991b).

Le lecteur est prié de se rapporter aux observations faites au sujet de l'indicateur de demande de limitation pour le cas où la mesure de demande d'espacement concerne une population dans laquelle la procréation n'est pas confinée au mariage. Ces observations s'appliquent en effet également à l'indicateur que nous venons de présenter.

## DEMANDE TOTALE (DE PLANIFICATION FAMILIALE)

### Définition

Nombre ou proportion de femmes fécondes, couramment mariées ou en union qui souhaitent, soit mettre fin à leur procréation, soit remettre à plus tard (période de temps spécifiée) la naissance de leur prochain enfant.

Le nombre total de femmes ayant une demande de planification familiale, ou la demande totale, est égal à la somme du nombre de femmes ayant une demande de limitation plus le nombre de femmes ayant une demande d'espacement, tel que défini dans les indicateurs précédents.

La demande totale est calculée de la manière suivante:

$$D = D_L + D_e$$

où:

**D** = nombre ou proportion de femmes couramment mariées ou en union ayant une demande de planification familiale,

**D<sub>L</sub>** = nombre de femmes couramment mariées ou en union ayant une demande de limitation, et

**D<sub>e</sub>** = nombre de femmes couramment mariées ou en union ayant une demande d'espacement.

### Exemple de calcul

Estimation de la demande totale d'espacement des naissances en Egypte, 1988 (exprimé en tant que pourcentage des femmes couramment mariées).

$$\begin{aligned} D &= D_L + D_e \\ &= 48,3 + 16,5 \\ &= 64,8 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé en Egypte, 1988; calculs de Westoff et Ochoa (1991).

### Données nécessaires

Voir données nécessaires pour le calcul des indicateurs de demande pour la limitation et de demande pour l'espacement.

### Source(s) de données

Enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

La demande totale de planification familiale représente la somme de la demande de limitation plus la demande d'espacement. Elle fournit une base pour estimer le nombre total de client(e)s qui devraient être servies si toutes les femmes qui désirent couramment soit éviter une future grossesse, soit espacer les naissances futures, se rendaient dans des services de planification familiale. Le lecteur est prié de se rapporter aux discussions sur les indicateurs "demande de limitation" et "demande d'espacement" présentés au début de ce chapitre pour les détails de calcul et les mises en garde concernant ces indicateurs.

Une étude comparative récente de 25 pays qui ont fait une EDS sur la période allant de 1985 à 1989 illustre l'utilisation de l'indicateur à des fins administratives et d'évaluation de programme ainsi que sa répartition en demande de limitation et d'espacement (Westoff et Ochoa, 1991). Globalement, la demande totale moyenne des femmes couramment mariées ou en union dans les 25 pays concernés était estimée à environ 63%. La demande était nettement plus élevée en Amérique latine et en Asie (73% dans chaque région) et en Afrique du Nord (66%) qu'en Afrique subsaharienne (47%). Les estimations sur la demande totale se situaient entre 80% maximum au Brésil et en Colombie à un minimum de 28% au Mali.

On a également observé des différences très importantes entre demande de limitation et demande d'espacement. En Amérique latine et en Asie, environ les deux tiers de la demande totale concernaient la limitation des naissances alors qu'en Afrique subsaharienne, 50 à 60% de la demande totale concernait l'espacement des naissances.

Les estimations de demande totale fournissent également des éléments intermédiaires essentiels pour le calcul des indicateurs sur la performance du programme de planification familiale en ce qui concerne la satisfaction de la demande de planification familiale. Deux de ces indicateurs vont être présentés maintenant.

## BESOIN NON SATISFAIT EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

### Définition

Nombre ou proportion de femmes fécondes couramment mariées ou en union qui souhaitent, soit ne plus avoir d'enfants, soit remettre les futures naissances à plus tard et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception.

Le nombre total de femmes avec un besoin non satisfait de planification familiale regroupe deux catégories de femmes: (a) celles ayant un besoin non satisfait de limitation et (b) celles ayant un besoin non satisfait d'espacement.

Les femmes ayant un besoin non satisfait de limitation sont celles qui ne souhaitent plus avoir d'enfants et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception.

Les femmes ayant un besoin non satisfait d'espacement sont celles qui désirent remettre à plus tard la naissance de leur prochain enfant (durée spécifiée, par exemple, deux ans ou moins à compter de la date de l'enquête) et qui n'utilisent pas couramment une méthode de contraception.

L'indicateur est calculé de la manière suivante:

$$N = N_L + N_e$$

où:

$N$  = nombre ou proportion de femmes ayant un besoin non satisfait de planification familiale,

$N_L$  = nombre ou proportion de femmes ayant un besoin non satisfait de limitation,

$N_e$  = nombre ou proportion de femmes ayant un besoin non satisfait d'espacement.

### Exemple de calcul

Estimation du besoin non satisfait de planification familiale, Ghana, 1988 (exprimé en tant que pourcentage des femmes actuellement mariées ou en union).

$$\begin{aligned} N &= N_L + N_e \\ &= 9 + 26,2 \\ &= 35,2 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988; calculs de Westoff et Ochoa (1991).

### Données nécessaires

Réponses aux questions d'enquêtes portant sur:

- ◆ le souhait d'avoir d'autres enfants et, dans l'affirmative, l'intervalle intergénéral souhaité;
- ◆ l'utilisation ou la non-utilisation courante de la contraception;
- ◆ la situation actuelle en ce qui concerne la fécondité, la grossesse et l'aménorrhée pour des femmes qui n'utilisent pas de méthode de contraception au moment de l'enquête;
- ◆ le fait que la dernière grossesse ou la grossesse courante était souhaitée ou non (en ce qui concerne le nombre et/ou le moment) selon les réponses de femmes enceintes ou aménorrhéiques au moment de l'enquête; et
- ◆ le fait qu'une méthode de contraception était utilisée ou non au moment de la grossesse courante ou de la grossesse précédente.

Note: l'utilisation de l'information pour les deux derniers éléments du calcul de l'indicateur est expliquée ci-dessous.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Cet indicateur fournit des informations sur la taille d'un sous-groupe extrêmement important pour la gestion des programmes de planification familiale: la catégorie des femmes courant le risque de tomber enceintes, n'utilisant pas de méthode de contraception et ayant un besoin apparent de services de planification familiale, à en croire leur souhait exprimé de limiter ou d'espacer les futures naissances. Ces femmes connaissent une "demande non satisfaite" ou un "besoin non satisfait" de planification familiale et sont la cible prioritaire logique des efforts de marketing et de recrutement du programme.

L'indicateur de besoin non satisfait en matière de planification familiale pourrait également être interprété comme le nombre de clientes supplémentaires qui utiliseraient la contraception (en plus des utilisatrices actuelles) si toutes les femmes courant le risque d'une grossesse et souhaitant, soit arrêter d'avoir des enfants, soit remettre les naissances à plus tard, adoptaient un moyen de contraception.

L'indicateur découle de la décomposition de la demande totale de services de planification familiale en deux composantes "demande satisfaite" et "demande non satisfaite" (ou "besoin non satisfait"). La demande satisfaite comptabilise les femmes ayant une demande de planification familiale (voir l'indicateur de "demande totale de planification familiale" donné immédiatement avant ce chapitre pour des détails sur la définition et les calculs) qui utilisent une

méthode de contraception pour atteindre leurs objectifs en matière de procréation. Le besoin non satisfait ou la demande non satisfaite désigne les femmes ayant une demande apparente pour la planification familiale et qui n'utilisent pas de moyen de contraception.

Selon la procédure proposée par Westoff et Ochoa (1991), cet indicateur juge que les femmes courent un risque de grossesse dans les cas suivants:

- ◆ si elles sont couramment mariées ou en union et en âge de procréer;
- ◆ si elles sont fécondes;
- ◆ si elles n'utilisent pas une méthode de contraception; et
- ◆ si elles ne sont pas actuellement enceintes ou aménorrhéiques.

Mais les catégories suivantes de femmes ne sont pas jugées avoir un besoin non satisfait de planification familiale et, par conséquent, elles sont exclues du calcul de l'indicateur:

- ◆ femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques qui utilisaient un moyen de contraception au moment où elles sont tombées enceintes (lors de la dernière grossesse ou de la grossesse actuelle). Bien que ces femmes aient besoin d'une méthode de contraception plus efficace, on ne considère pas qu'elles avaient un besoin de planification familiale puisqu'elles utilisaient un moyen de contraception);
- ◆ femmes couramment enceintes ou aménorrhéiques dont la grossesse a été indiquée comme intentionnelle; et
- ◆ femmes fécondes qui souhaitent avoir leur prochain enfant dans les deux années à venir.

Un exemple de calcul du besoin non satisfait en matière de planification familiale est présenté en Annexe E.

Bongaarts (1991b) a proposé deux modifications de la procédure d'estimation décrite ci-dessus: (1) un ajustement pour tenir compte du fait que la satisfaction du besoin d'espacer, par le biais d'un moyen contraceptif, entraîne une diminution du besoin de limitation (en effet, l'espacement a pour conséquence directe de repousser la date à laquelle une femme atteint son nombre désiré d'enfants), et (2) un ajustement visant à réduire ce qui est perçu comme une tendance de la méthode susmentionnée à surestimer le besoin d'espacement. Bongaarts propose d'utiliser les estimations calculées par la méthode décrite ci-dessus comme point de départ et de procéder à ces deux ajustements pour corriger les problèmes perçus. Une comparaison des estimations à partir des deux méthodes montre que la méthode Westoff fournit des estimations du niveau de besoin non satisfait supérieures en moyenne de 5% environ à celles obtenues par l'approche de Bongaarts (Bongaarts, 1991b; Westoff et Ochoa, 1991). Le lecteur est prié de se

rapporter à ces références pour de plus amples détails sur les deux méthodes de calcul de l'indicateur.

Un autre perfectionnement possible consisterait, tel que nous l'avons déjà vu, à inclure dans le calcul de l'indicateur toutes les femmes en âge de procréer indiquant une activité sexuelle lors des interviews d'enquête au sein de populations où une proportion importante des naissances se font à l'extérieur des mariages/unions reconnus. Mais un des problèmes à ce niveau réside dans l'identification des femmes non mariées et non en union qui courent un "risque de grossesse". Cette approche exige des données sur l'activité sexuelle chez des femmes qui ne sont pas couramment mariées ou en union (Blanc et Rutenberg, 1990). La validité de ces données reste à prouver, ces questions portant sur un sujet considéré comme sensible dans de nombreuses cultures.

Récemment, certains chercheurs ont avancé l'idée d'élargir la définition du besoin non satisfait en l'étendant aux femmes utilisant: (1) des méthodes de contraception traditionnelles (vu les taux d'échec élevés de ces méthodes), (2) incorrectement ou irrégulièrement, une méthode théoriquement efficace et (3) une méthode qui n'est pas sûre ou qui ne leur convient pas (Foreit, 1992; Dixon-Mueller et Germain, 1992). L'adoption de ces définitions ferait nettement augmenter les nombres estimés de femmes ayant un besoin non satisfait en matière de planification familiale dans de nombreux pays en développement.

## SATISFACTION DE LA DEMANDE DE PLANIFICATION FAMILIALE

### Définition

Proportion de la demande totale de planification familiale satisfaite à un moment donné par le niveau d'utilisation de moyens contraceptifs à ce même moment.

Cet indicateur est calculé de la manière suivante:

$$\text{PDS} = C / D$$

où:

**PDS** = proportion de la demande totale de planification familiale qui est satisfaite par l'utilisation courante de la contraception,

**C** = nombre de femmes utilisant couramment une méthode de contraception, soit pour limiter, soit pour espacer les naissances, et

**D** = nombre total de femmes ayant une demande de planification familiale.

Note: des estimations séparées sur la proportion de la demande de limitation et d'espacement satisfaite par l'utilisation actuelle de la contraception peuvent également être obtenues, grâce à la formule présentée ci-dessus, en y substituant des estimations de la demande de limitation et de la demande d'espacement ainsi qu'en se basant sur les prévalences contraceptives par objectif (par exemple, pour la limitation ou l'espacement).

### Exemple de calcul

Estimations de la proportion de la demande satisfaite par l'utilisation de la contraception, Ghana, 1988 (pour des femmes couramment mariées ou en union).

<b>Demande totale</b>	<b>De limitation</b>	<b>D'espacement</b>
$\text{PDS} = C/D$	$\text{PDS}_L = C_L/D_L$	$\text{PDS}_s = C_s/D_s$
$= 12,9/48,1$	$= 4,9/13,9$	$= 8/34,2$
$= 26,8$	$= 35,3$	$= 23,4$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988; calculs de Westoff et Ochoa (1991).

## Données nécessaires

Données d'enquête servant à l'estimation:

- ◆ du nombre ou de la proportion de femmes en âge de procréer couramment mariées ou en union qui utilisent actuellement une méthode de contraception (à savoir, "demande satisfaite"). Il est nécessaire d'obtenir des données sur l'usage des méthodes contraceptives stratifiées selon le but recherché, limitation ou espacement, si l'on souhaite disposer d'estimations distinctes de la proportion de la demande de limitation satisfaite et de la proportion de demande d'espacement satisfaite; et
- ◆ de la demande totale de planification familiale, là aussi distribuée en demande de limitation et en demande d'espacement, si l'on souhaite des estimations spécifiques, respectivement, de la proportion de la demande de limitation et d'espacement, satisfaites (voir la discussion de l'indicateur sur la "demande totale pour la planification familiale" dans ce chapitre pour des détails de calcul).

## Source(s) de données

Enquêtes sur la population.

## Buts et questions

Cet indicateur, basé sur la décomposition de la demande totale de planification familiale en demande satisfaite et demande non satisfaite, conformément aux concepts définis pour l'indicateur présent, est une autre manière de mesurer l'utilisation de la contraception que le taux de prévalence contraceptive (TPC). Mais le présent indicateur est une mesure plus affinée puisqu'il relie l'utilisation courante de la contraception ou la demande "satisfaite" à la demande totale de planification familiale, demande exprimée par la population des femmes qui courent le risque d'une grossesse et qui ont indiqué qu'elles souhaitaient réguler leur fécondité. L'indicateur fournit donc une mesure plus spécifique que le TPC pour montrer si le programme a réussi à satisfaire la demande existante pour les services.

Les discussions liées aux indicateurs présentés au début de ce chapitre et portant sur l'élargissement de l'univers de mesure aux femmes non mariées ou non en union au moment de l'enquête et/ou à celles qui utilisent des méthodes contraceptives traditionnelles ou peu efficaces s'appliquent également à la satisfaction de la demande de planification familiale.

## **Chapitre VII**

### **Utilisation de services**

- ◆ Nombre de visites dans les points de prestation de services
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes dans l'institution
- ◆ Nombre d'acceptantes d'un nouveau segment
- ◆ Couple-années de protection (CAP)
- ◆ Distribution par méthode
- ◆ Caractéristiques des utilisatrices
- ◆ Taux de continuité

## INDICATEURS DE MESURE D'UTILISATION DES SERVICES

La plupart des administrateurs sont intéressés par l'évaluation visant à mesurer les résultats obtenus dans le modèle de leur programme. Un responsable de programme souhaitera probablement des données sur l'utilisation de services spécifiques (c'est-à-dire, un ou plusieurs points de services) alors que le directeur d'un programme national de planification familiale pourra plus être intéressé par la couverture nationale (c'est-à-dire, le pourcentage de femmes courant un risque de grossesse et utilisant couramment un moyen de contraception).

Ces deux termes, utilisation de services et utilisation de la contraception, sont étroitement liés puisque la plupart des clientes utiliseront une méthode de planification familiale par le biais d'un des mécanismes suivants de prestation: programme clinique (par exemple, programme post-partum), programme de distribution communautaire, programme de marketing commercial/social ou source privée. Mais toutes les clientes qui se rendent dans un service donné n'utiliseront pas forcément la méthode qu'on leur a remise lors de la consultation et tous ceux qui commenceront à utiliser la méthode ne continueront pas forcément à le faire (Elkins et Nordberg, 1977; Morris et Anderson, 1982). Aussi, la distinction reste-t-elle valide entre utilisation de services et utilisation de la contraception.

L'utilisation des services tend à être évaluée par le biais de mesures axées sur le programme puisque les programmes réunissent des données sur le nombre et le type de clientes servis, les méthodes vendues ou distribuées gratuitement, les caractéristiques des clientes, etc. (Chandrasekaran, 1975). On peut utiliser le nombre de clientes servies pour arriver à une estimation approximative de la couverture au sein de la population mais ces estimations risquent d'être biaisées si l'on ne dispose pas de statistiques exactes sur la taille de la population ciblé, si des non-résidents de la zone desservie viennent utiliser les services ou si l'on ne tient pas compte des multiples visites faites par un seul client(e) (Morris et Anderson, 1982; ICDDR-B, 1989).

Au vu de ces problèmes liés à l'estimation de la couverture à partir des statistiques de services, la prévalence de la contraception sera plus exacte si l'on se sert de données axées sur la population. Aux fins de constance entre les cases du modèle conceptuel (Voir Figure I-1 au Chapitre I) et les titres des chapitres du Manuel, les indicateurs axés sur le programme sont présentés dans ce chapitre (VII), alors que les indicateurs axés sur la population pour mesurer la pratique contraceptive sont présentés au chapitre suivant (VIII).

Cette distinction conceptuelle devient moins nette du fait que la plupart des indicateurs d'utilisation des services et d'emploi de la contraception présentés dans le Manuel peuvent être obtenus, soit à partir des statistiques de services, soit à partir des enquêtes. Par exemple, il est possible pour une clinique de calculer les taux de continuité chez ses clientes en fonction des données sur les clientes revenant à cette clinique et un suivi des abandons. Les taux de continuité d'autres types (par exemple, utilisation de telle méthode auprès de telle source) peuvent être mesurés à partir de données axées sur la population (en utilisant le calendrier de l'EDS).

Dans la mesure où un indicateur donné est couramment calculé à partir des deux types de

données, il est reporté et numéroté en tant que mesure de l'utilisation des services (Chapitre VII) et de pratique contraceptive (Chapitre VIII). En revanche, lorsque l'indicateur peut théoriquement être obtenu de l'une ou l'autre source de données mais que c'est rarement le cas, il est indiqué selon la source de données utilisée la plus couramment.

Les lecteurs devraient être conscients du fait que, suivant la source de données, l'utilisation de services peut être classée comme sortie (axée sur le programme), ou comme effet (axée sur la population).

Les lecteurs noteront que le Manuel présente trois variantes de l'indicateur "nouvel accepteur." Cet indicateur est celui dont les définitions varient le plus entre elles au niveau terrain, dû en partie au fait que des définitions différentes servent des buts différents (les uns étant d'ailleurs aussi valides que les autres). Aussi, au lieu d'imposer une définition type du "nouvel accepteur" qui, inévitablement, sera contraire à l'utilisation courante dans certains pays ou programmes, nous avons essayé de fournir des définitions claires de trois variantes concernant le "nouvel accepteur" en indiquant l'utilité de chacune.

Le nombre d'utilisatrices continues et le nombre d'abandons sont deux indicateurs dont on notera l'absence dans le présent chapitre sur l'utilisation de services. Bien que ces mesures permettent au personnel de mieux saisir la continuité des clientes, on a jugé qu'elles étaient moins utiles que le taux de continuité chez les clientes aux fins d'évaluation.

De plus, il existe plusieurs problèmes lorsqu'on mesure les abandons. Premièrement, la définition des abandons change suivant le programme (surtout en ce qui concerne ceux qui reviennent après un emploi interrompu et les périodes de grâce de différentes durées). Deuxièmement, les efforts nécessaires pour suivre correctement les abandons dépassent souvent la capacité du personnel, d'où une mauvaise qualité des données concernant cet indicateur. Etant donné que le nombre des abandons est nécessaire pour calculer le nombre d'utilisatrices continues, les problèmes de données au niveau des abandons se répercutent également sur l'exactitude des chiffres sur le nombre d'utilisatrices continues. Si on a besoin d'informations sur le nombre d'abandons, on peut l'obtenir à partir des calculs sur le taux de continuité.

Les auteurs du présent Manuel sont d'accord avec les membres d'une équipe précédente de l'USAID travaillant sur l'amélioration des indicateurs de performance des programmes de planification familiale pour dire que le nombre d'abandons n'a pas forcément besoin de faire partie de la panoplie des indicateurs-clés pour l'utilisation des services (Equipe spéciale de l'USAID sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale, 1987). Cela ne veut pas dire que les prestataires de services ne doivent pas faire un suivi des abandons dans le but d'améliorer la prestation de services, mais on recommande aux programmes de ne pas utiliser le nombre des abandons comme un indicateur-clé de l'évaluation en raison des problèmes de collecte de données dont nous venons de parler.

## **NOMBRE DE VISITES DANS LES POINTS DE PRESTATION DE SERVICES**

### **Définition**

Le nombre total de visites faites par les clientes dans un point de prestation de services (ou dans tous les points d'un système) pendant une période donnée (par exemple, un an), de préférence par objectif (approvisionnement en contraceptifs, counseling, orientation).

### **Données nécessaires**

Le nombre de contacts des clientes dans un point de services, de préférence par type de visite, cumulé sur tous les points de services pour obtenir le total du système.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services réunies dans les formations sanitaires.

### **But et questions**

Cet indicateur mesure le volume d'activités dans les points de services. Il se substitue aux mesures des nombres d'utilisatrices lorsqu'on ne dispose pas de ces données ou qu'on juge qu'elles ne sont pas fiables. Cette information peut être combinée à d'autres données pour obtenir des mesures de la productivité (par exemple, le nombre moyen de visites de clientes par prestataire de services à temps plein ou par service). Son principal avantage réside dans sa simplicité. En effet, l'indicateur est facile à collecter et emploie des définitions simples. La décomposition par type de visite renseigne sur la nature du contact entre prestataire et cliente.

Cet indicateur connaît plusieurs limitations. Premièrement, cette mesure ne fournit pas d'informations sur le nombre de clientes puisqu'une seule personne peut faire de multiples visites pendant une période donnée. Deuxièmement, dans son emploi pratique général, il ne fait pas la différence entre nouvelles utilisatrices et utilisatrices continues et, partant, il ne montre pas si le programme a réussi à recruter de nouveaux accepteurs ou s'il a su assurer la continuité chez les utilisatrices actuelles.

## **NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES DE LA CONTRACEPTION MODERNE**

### **Définition**

Nombre de personnes qui acceptent, pour la première fois, une méthode contraceptive d'un programme. Cet indicateur est donné sur une période définie (par exemple, un an).

### **Données nécessaires**

Nombre de personnes acceptant pour la première fois une méthode contraceptive d'un programme. Ce nombre est calculé sur une année.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services; enquête (possible mais n'est pas utilisée couramment).

### **But et questions**

Cet indicateur mesure la capacité du programme à attirer de nouvelles clientes en se tournant vers un segment "non exploité" de la population. La mesure élimine le problème consistant à compter dans les "nouveaux" les clientes qui changent de source pour des raisons pratiques ou financières. En tant qu'indicateur, il peut également refléter la réussite de certains programmes de communication ou d'autres interventions (par exemple, les projets de marketing social) visant à accroître l'utilisation de services chez ceux que le programme n'avait pas encore atteints. Mais, dans ce dernier cas, n'oublions pas que, même en l'absence de l'intervention spéciale, les nouveaux accepteurs auraient pu obtenir cette même méthode ou une autre d'ailleurs auprès d'une source différente (par exemple, le secteur pharmaceutique non subventionné).

"Méthode d'un programme" se rapporte aux méthodes disponibles par le biais de programmes établis de planification familiale: pilule, DIU, implant NORPLANT®, injection, préservatif, spermicides, diaphragme, ligature des trompes, vasectomie et méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) si elles sont utilisées sous la supervision du programme. Aussi, une jeune femme qui obtenait auparavant des préservatifs dans une pharmacie ne serait pas jugée une nouvelle acceptante. Par contre, une cliente qui, jusqu'à présent dépendait du retrait, serait jugée une nouvelle acceptante puisqu'il ne s'agit pas d'une méthode d'un programme.

Le "nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne," défini comme la première utilisation d'un moyen contraceptif, rend le terme plus général de "nouvelle acceptante" moins ambigu et évite un compte double en cas de substitution.

Cet indicateur peut également être obtenu à partir de données d'enquête (par exemple, du "calendrier" utilisé par l'EDS ou d'autres outils de collecte de données permettant d'obtenir rétrospectivement les antécédents en matière de contraception). Toutefois, les enquêtes s'intéressent davantage à l'utilisation courante totale plutôt qu'à la "nouvelle utilisation" car c'est

le premier aspect qui revêt le plus grand intérêt pour la plupart des utilisateurs de l'information.

## **NOMBRE DE NOUVELLES ACCEPTANTES DANS L'INSTITUTION**

### **Définition**

Nombre de personnes qui, pendant une période de référence donnée (par exemple, un an), acceptent une méthode de contraception dans une institution particulière pour la première fois, même si elles ont déjà utilisé auparavant des méthodes obtenues ailleurs.

### **Données nécessaires**

Nombre de personnes acceptant une méthode d'un programme dans un établissement spécifique pendant la période de référence en question.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services (source préférée); enquête (possible mais non courante).

### **But et questions**

Cet indicateur mesure la capacité de l'institution à attirer des clientes, tout particulièrement dans ses services, même s'ils ont utilisé auparavant une autre source de services.

La plupart des institutions ne sont pas évaluées en fonction des résultats obtenus en matière de planification familiale pour le pays dans son ensemble mais plutôt de leur capacité institutionnelle à attirer de nouvelles clientes. Aussi, même si les clientes viennent d'autres sources, cela représente une bonne performance institutionnelle. Cet indicateur est également important dans le contexte de la viabilité financière puisque les prestataires du secteur privé peuvent être évalués partiellement en fonction de leurs capacités à attirer des clientes qui utilisaient auparavant les services du secteur public.

Cette variante de la "nouvelle acceptante" est très utilisée du fait de ses implications administratives. Les clientes qui reçoivent des services pour la première fois dans une institution donnée devront probablement remplir des formulaires, ouvrir un dossier, payer des frais d'inscription, etc. Aussi, le programme dispose de données utiles pour le suivi du programme.

Mais l'indicateur souffre d'un certain manque de constance en raison des clientes qui arrêtent momentanément d'utiliser les services de planification familiale d'une institution donnée pour revenir par la suite. Par exemple, certaines organisations gardent les dossiers pendant un certain temps (par exemple, cinq ans). Dans ce cas, une personne revenant après les cinq ans serait rangée dans les nouveaux accepteurs. Dans d'autres institutions, on ne peut être "nouveau" qu'une seule fois. Nous recommandons cette dernière utilisation du terme tout en reconnaissant que, pour des raisons administratives, certaines organisations doivent adopter la première.

Une des variantes courantes à cet indicateur ne figurant pas séparément dans ce Manuel est "nouveau dans le point de prestation de services." Cette mesure est en fait utilisée dans

certaines programmes car elle simplifie la définition opérationnelle du nouvel accepteur. Le réceptionniste ou un autre membre du personnel devra juste demander au client(e), "Avez-vous déjà été dans *ce* service (dispensaire, poste de santé ou autre type de point de services)?" Par conséquent, une cliente qui a changé de quartier et qui se rend dans un autre centre de santé public sera pris comme un nouveau client(e) du centre de santé. Bien que cet indicateur soit utilisé dans certains programmes car il est de compréhension et d'application simples, il favorise aussi un compte double surtout dans des pays où les gens déménagent souvent. C'est la raison pour laquelle il n'est pas présenté comme l'un des indicateurs recommandés dans ce Manuel.

## **NOMBRE D'ACCEPTANTES D'UN NOUVEAU SEGMENT**

### **Définition**

Nombre de personnes débutant un nouveau segment de contraception pendant une période de référence définie (par exemple, un an). Le terme veut dire que les personnes sont de nouvelles utilisatrices soit de la méthode de contraception, soit de l'institution, toujours pendant la période de référence donnée. Il se peut que la personne ait utilisé auparavant une méthode, y compris celle-ci, et il se peut également qu'elle ait utilisé les services de cet établissement mais elle n'utilisait pas cette méthode et cet établissement au début.

### **Données nécessaires**

Recensement de personnes acceptant une nouvelle méthode auprès d'une source particulière pendant la période de référence.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services (préférée); enquête (possible mais non courante).

### **But et questions**

Cette variante à la définition de la "nouvelle acceptante" répond à deux objectifs importants. En effet, elle permet aux responsables du programme d'évaluer le volume de services nécessaires sur une année. Dans le cas de la stérilisation, du DIU et des implants NORPLANT®, c'est la première visite lorsque la méthode est adoptée qui représente l'essentiel du service fourni. Deuxièmement, c'est cette définition de la nouvelle acceptante qui est utilisée dans le Modèle Target Cost (Stover et al., 1991).

Aux termes de cette définition, tous ceux répondant à l'un des critères suivants seraient classés comme acceptantes du nouveau segment:

- ◆ n'a jamais utilisé un moyen de contraception auparavant;
- ◆ a utilisé la même méthode mais elle a été obtenue dans une institution différente, par le passé ou juste avant l'acceptation courante;
- ◆ a utilisé, par le passé, la même méthode dispensée par la même institution mais ne l'utilisait pas immédiatement avant l'acceptation courante; ou
- ◆ a utilisé un moyen de contraception fourni par la même institution avant l'acceptation courante mais a adopté une autre méthode.

Si le client(e) n'utilisait pas auparavant la méthode, alors l'acceptante du nouveau segment est synonyme de nouvelle acceptante. Mais l'acceptante du nouveau segment comprend

également toute femme qui utilisait auparavant une méthode, qui a arrêté pendant une période (par exemple, pendant une grossesse) puis, qui a recommencé à utiliser la même méthode.

Si une cliente d'un programme national de planification familiale change de centre de santé et qu'on fait suivre son dossier, alors il n'y a pas changement de source. Mais si des centres différents faisant partie d'un système plus vaste ont des modes d'archivage séparés, alors ce cas constitue un changement de source.

## COUPLE-ANNEES DE PROTECTION (CAP)

### Définition

La protection conférée par les services de planification familiale pendant un an, en fonction de la quantité de contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux clientes pendant cette même période. Le CAP est calculé en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée aux clientes par un facteur de conversion pour arriver à une estimation de la durée de la protection contraceptive conférée par unité de cette méthode (Wishik et Chen, 1973; Centers for Disease Control, 1985). Les CAP pour chaque méthode sont ensuite additionnés pour toutes les méthodes pour avoir un CAP total.

Les facteurs de conversion utilisés actuellement par le système de l'USAID sont ceux approuvés par l'Equipe spéciale de l'USAID sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale (1991):

Méthode	CAP par unité
Pilule:	15 cycles par CAP
DIU TCU Cu 380-A:	3,8 CAP par DIU inséré
Implant NORPLANT®:	3,5 CAP par implant
Préservatifs:	150 unités par CAP
Tablettes de mousse vaginale (Conceptrol, Neo-Sampon):	150 tablettes par CAP
Stérilisation (masculine ou féminine)	10 CAP par procédure
Depo-Provera (injectable)	4 doses (ml) par CAP
Noristerat (injectable): (injectable mensuel):	6 doses par CAP 12 doses de cyclofem par CAP
Planification familiale naturelle (PFN)	2 ans par adopteur formé, confirmé
Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)	4 utilisatrices actives par CAP <sup>1</sup>

[Note: un exemple de calcul de cet indicateur est donné à la fin de la discussion de l'indicateur.]

### Données nécessaires

---

<sup>1</sup> MAMA n'était pas incluse à la liste élaborée par l'Equipe spéciale; ce facteur de conversion a été fourni par Labbok, 1992.

Quantités de pilules, de préservatifs et de spermicides distribués aux clientes; nombres de DIU et d'implants NORPLANT® insérés; nombre d'injections administrées; nombre de stérilisations faites; nombre de clientes formées en matière de planification familiale naturelle; nombre de client(e)s MAMA pendant la période de référence.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services ou système d'informations en gestion logistique (SIGL).

### **But et questions**

Le CAP mesure le volume d'activité du programme. Il est utilisé par les responsables de programme et les bailleurs de fonds pour suivre les progrès réalisés par les projets en ce qui concerne les services fournis. Vu que l'USAID et l'IPPF demandent aux organisations qu'elles soutiennent d'indiquer le CAP, cette mesure est actuellement l'un des indicateurs de "sortie" les plus courants des programmes internationaux de planification familiale.

L'indicateur comporte plusieurs avantages:

- ◆ il peut être calculé à partir de données collectées régulièrement par les programmes ou projets, d'où un minimum de travail de collecte;
- ◆ ces données peuvent être obtenues à partir de tous les mécanismes de prestation de services (cliniques, distribution communautaire, marketing social/commercial); et
- ◆ le calcul du CAP est relativement simple.

Mais, il comporte également des inconvénients:

- ◆ il n'est pas facile à saisir intuitivement par ceux qui ne font pas partie du domaine;
- ◆ on ne peut pas définir le nombre de personnes qui sont représentées par les CAP. Par exemple, si un programme administre 10 000 injections de Depo-Provera, cette quantité est équivalente à 2 500 CAP. Théoriquement, cela représente 2 500 femmes protégées chacune pendant 12 mois. Mais, en fait, il pourrait s'agir de 5 000 femmes couvertes pendant six mois chacune ou de 10 000 femmes couvertes pendant trois mois chacune; et
- ◆ la validité des hypothèses sur lesquelles repose le choix des facteurs de conversion a été fortement remise en question (Stover et al., 1993).

Dans la plupart des programmes, le calcul du CAP pour les méthodes à long terme enregistre la quantité entière au "profit" de l'année civile pendant laquelle la méthode est

acceptée. Par exemple, si un programme de planification familiale a effectué 100 procédures de stérilisation chirurgicale volontaire pendant une année donnée, les 1 000 CAP (100 procédures x 10 ans/chacune) seraient enregistrés pour cette même année, bien que la protection liée à cette procédure concerne non seulement cette année-là mais aussi les neuf années suivantes. L'autre approche consiste à "annualiser" cette projection en la décomposant sur une période de 10 ans. Le même principe s'applique au DIU et à l'implant NORPLANT®. Bien que la première approche (le crédit de la quantité entière du CAP à l'année de l'acceptation) ait fait l'objet de vives critiques, elle n'en reste pas moins celle utilisée actuellement par la plupart des programmes rendant compte du CAP, probablement parce qu'elle est d'application plus facile.

Dans l'idéal, le CAP devrait se fonder sur le volume de contraceptifs distribués à des clientes qui, en principe, vont les utiliser et non sur la quantité distribuée aux formations sanitaires où ces contraceptifs peuvent rester dans les cartons ou sur les étagères. Mais, dans certains projets comme ceux de marketing social, il n'est pas toujours possible de suivre le nombre exact distribué effectivement aux clientes. Les seuls moyens de calculer le CAP consistent à suivre la quantité de contraceptifs livrés aux détaillants en question. Vu que ces derniers ne stockeront probablement pas des produits qui ne s'écoulent pas facilement, il est probable que la plupart des contraceptifs (après la livraison initiale) vendus aux détaillants arriveront jusqu'au consommateur. Mais dans les cas où le calcul du CAP se fonde sur le volume de produits livrés aux détaillants et non directement à la cliente elle-même, il convient de préciser ce détail à l'utilisatrice de l'information.

Les facteurs de conversion donnés ci-dessus sont ceux proposés en janvier 1991 par l'Equipe spéciale sur les indicateurs de performance des programmes de planification familiale, partiellement en réponse au commentaire "Qu'est-ce qui ne va pas avec les CAP" (Shelton, 1991). L'adéquation de ces facteurs continue à soulever un vif débat puisque plusieurs d'entre eux ne reposent pas sur une base empirique.<sup>2</sup> Le Projet EVALUATION cherche à examiner les faits empiriques (gaspillage, durée moyenne d'utilisation, fréquence des relations sexuelles, constance de l'utilisation et utilisation des préservatifs à des fins non contraceptives) pour voir si ces facteurs de conversion sont adéquats et, dans la négative, trouver des facteurs qui seraient préférables (Stover et al., 1993). Les résultats pertinents seront intégrés aux facteurs de conversion présentés dans la prochaine version du Manuel.

---

<sup>2</sup> Certains ont avancé l'idée que, au vu de la controverse entourant les facteurs de conversion pour calculer les CAP, il vaudrait mieux suivre le volume de chaque contraceptif vendu. Cette approche conviendrait à un programme qui ne distribue qu'une ou deux méthodes mais elle est moins pratique pour le programme plus classique qui offre six à huit méthodes différentes et qui devrait donc suivre chacune d'entre elles séparément.

### Exemple de calcul

CAP, en fonction des facteurs de conversion donnés dans le texte

<b>Méthode</b>	<b>Quantité</b>	<b>CAP</b>
Pilule	5 022	334,8
DIU	87	330,6
Préservatifs	62 810	418,7
Tablettes vaginales	3 900	26,0
Ligatures des trompes	13	130,0
Depo-Provera	1 277	319,3
		<hr/>
<b>TOTAL</b>		<b>1 559,4</b>

## **DISTRIBUTION PAR METHODE**

### **Définition**

La distribution, en pourcentage, des utilisatrices de la contraception par méthode.

### **Données nécessaires**

Nombre d'utilisatrices par méthode.

### **Source(s) de données**

Statistiques de services; (pour une mesure basée sur la population, voir Chapitre VIII).

### **But et questions**

La distribution par méthode présente un profil du niveau d'utilisation relative des différentes méthodes contraceptives. Une distribution élargie par méthodes indique que la population a accès à toute une gamme de méthodes contraceptives différentes. Ou alors, la distribution par méthodes peut indiquer: (1) un biais de la part du prestataire de services si une méthode est nettement préférée par rapport aux autres; (2) des préférences des utilisatrices ou (3) les deux.

Etant donné les problèmes liés au suivi du nombre d'utilisatrices courantes en fonction des statistiques de services, la distribution par méthodes se base généralement sur les accepteurs et non pas sur les utilisatrices courantes, lorsqu'elle est mesurée au niveau du programme. Les deux ne donnent pas la même distribution puisque les données sur les utilisatrices reflètent l'accumulation de méthodes durables venant d'années précédentes.

De même, on peut s'attendre à une certaine divergence au niveau de la distribution par méthode calculée à partir des statistiques d'un programme par rapport aux enquêtes, même pour des programmes avec des données fiables (en effet, les statistiques reflètent l'activité pendant l'année civile étudiée alors que les résultats des enquêtes englobent les utilisatrices continues de méthodes durables qui les ont adoptées pendant les années précédentes et qui n'ont pas besoin de revenir à la clinique pendant l'année civile étudiée). En outre, les données des enquêtes regroupent également les méthodes traditionnelles, les méthodes hors-programme (par exemple, le retrait) et les méthodes de programme disponibles auprès de sources hors-programme (par exemple, la pilule dans les pharmacies).

En dépit de toute la discussion entourant la distribution par méthodes, il existe relativement peu d'indications dans la littérature publiée sur ce qui constitue une distribution souhaitable par méthodes (exception faite de Hutchings et al., 1987). Dans l'ensemble, on suppose qu'un programme devrait répondre aux besoins changeants de la population aux différentes étapes du cycle de procréation et offrir des méthodes réversibles à ceux qui souhaitent espacer les naissances et des méthodes permanentes à ceux qui ont le nombre souhaité d'enfants. Par conséquent, on pourra critiquer des programmes qui n'offrent pas de méthodes permanentes

ou qui insistent de trop sur les méthodes permanentes. Et pourtant, au sein de la catégorie des méthodes réversibles, la distribution des accepteurs par type de contraceptifs variera selon la disponibilité de méthodes spécifiques, les coûts, les préférences locales et d'autres facteurs faisant qu'il est difficile de généraliser à propos de ce qui constitue une distribution souhaitable.

## **CARACTERISTIQUES DES UTILISATRICES**

### **Définition**

Profil sociodémographique des utilisatrices courantes de méthodes contraceptives. Ce profil est pertinent pour la planification et/ou le marketing du programme.

Les caractéristiques pertinentes sont les suivantes: âge, parité, résidence urbaine-rurale, statut économique, ethnicité et autres facteurs jugés importants dans le contexte d'un pays donné.

### **Données nécessaires**

Données sur l'âge, la parité et d'autres caractéristiques des utilisatrices (ou si non disponibles, sur les accepteurs).

### **Source(s) de données**

Statistiques de services; enquêtes sur la population (voir Chapitre VIII).

### **But et questions**

Cet indicateur mesure les caractéristiques des clientes consultant les services de planification familiale. Lorsque le programme cherche à atteindre des sous-groupes avec des caractéristiques socioéconomiques spécifiques (par exemple, les femmes à faible parité), il indique la mesure dans laquelle le programme atteint effectivement son objectif. De même, d'importantes différences urbaines/rurales dans un programme public pourraient indiquer qu'il n'est pas en train d'atteindre les groupes ciblés-clés.

Dans l'idéal, il serait bon de disposer de cette information sur toutes les utilisatrices courantes. Mais, vu la difficulté liée au suivi de ce groupe, une autre approche consiste à obtenir des données sur les accepteurs au moment où ils entrent dans le programme.

Les statistiques de programme sur les caractéristiques des utilisatrices permettent à un programme de voir comment sa population de clientes change dans le temps. Généralement, le nouveau programme, dans un pays à faible prévalence, attirera d'abord des femmes plus âgées à parité élevée qui ont un besoin important pour le service en question. Par la suite, l'âge moyen et la parité des clientes diminuent au fur et à mesure que la planification familiale devient plus acceptable du point de vue social et attire des couples plus tôt dans leur vie féconde.

## **TAUX DE CONTINUITE**

### **Définition**

La probabilité selon laquelle un acceptant d'une méthode de contraception utilisera toujours une méthode de contraception après une période de temps spécifiée (par exemple, un an). C'est ce qu'on appelle le taux de continuité de "toutes les méthodes" (Nations Unies, 1991; Jejeebhoy, 1989).

### **Données nécessaires**

Le nombre d'acceptantes qui commencent à utiliser un moyen contraceptif à un moment donné (ou sur une période donnée) et la durée pendant laquelle chaque personne continue à utiliser la méthode (ou une autre méthode). En fonction de cette indication, on peut calculer le pourcentage qui a continué à utiliser la méthode sur une période donnée (par exemple, 12 mois, 18 mois, etc.) ainsi que la durée d'emploi moyenne ou médiane.

### **Source(s) de données**

Sur la base du programme: dossiers des clientes avec une étude de suivi des abandons du programme.

Sur la base de la population: enquêtes avec chronologie rétrospective d'utilisation de la contraception ou calendrier d'emploi (Voir Chapitre VIII).

### **But et questions**

Les taux de continuité des méthodes contraceptives fournissent une mesure récapitulative utile de l'efficacité générale des services du programme en ce qu'il permet aux clientes de continuer à utiliser la planification familiale. L'indicateur a également été proposé comme mesure d'efficacité des mécanismes de suivi des services.

Malgré l'intérêt porté actuellement à la continuité en tant que reflet de la qualité des soins, il est souvent difficile et cher de réunir, par le biais des programmes, des données exactes sur la continuité.

Les taux de continuité peuvent être estimés en interviewant des cohortes "réelles" d'accepteurs (clientes qui acceptent une méthode de contraception pendant le même mois) à un ou plusieurs intervalles fixes après l'acceptation (par exemple, 12 mois) pour déterminer le pourcentage qui utilise encore la méthode après ce laps de temps. Cela permet d'avoir un taux de continuité qui est intuitivement plus simple à calculer que les taux se basant sur les tables de mortalité calculées à partir des données d'enquêtes (voir Chapitre VIII pour une discussion plus approfondie de l'utilisation des données d'enquêtes pour calculer les taux de continuité).

Mais les taux de continuité calculés à partir des données provenant des formations

sanitaires tendent à être caractérisés par: (a) des biais de sélection puisque les caractéristiques des clientes qui se rendent dans les cliniques pourraient être différentes de celles des utilisatrices de la contraception dans la population en général et (b) des nombres importants d'accepteurs qui ne reviennent pas pour les visites de suivi. Suite à ce dernier problème, les estimations fondées sur les personnes avec lesquelles le programme est resté en contact risquent de ne pas refléter exactement les taux de continuité même au sein du groupe d'utilisatrices. Il est difficile d'éliminer entièrement les problèmes d'abandon au moment du suivi. De plus, les coûts sont élevés pour faire des enquêtes de suivi périodiques nécessaires qui permettraient de réduire dans une certaine mesure les biais résultant de ces problèmes.

En outre, les estimations des taux de continuité (et des taux d'échec décrits au Chapitre VIII) obtenus à partir des données des centres de santé ou des formations sanitaires n'englobent pas les utilisatrices de la contraception qui obtiennent les produits auprès de sources non cliniques (par exemple, des points de services commerciaux). Dans la mesure où les prestataires de services des cliniques indiquent le mode d'emploi correct des différentes méthodes prescrites, il est probable que le niveau d'utilisation correcte des méthodes contraceptives chez les clientes des services cliniques sera différent de celui des clientes du secteur commercial.

Deux taux distincts de continuité sont parfois utilisés:

- ◆ taux de continuité du premier segment: la probabilité selon laquelle l'acceptrice d'une méthode particulière continuera à utiliser cette méthode sans interruption pendant une période spécifiée; et
- ◆ taux de continuité de la première méthode: la probabilité selon laquelle l'acceptrice d'une méthode particulière continuera à utiliser cette méthode pendant une période spécifiée sans changer de méthode ou sans tomber enceinte, tenant compte de brefs intervalles de discontinuité (Jejeebhoy, 1989).

La tendance actuelle chez les prestataires de services soucieux de la qualité des soins consiste à encourager un changement de méthode si la première méthode ne s'avère pas satisfaisante, partant du principe que cela permettra une plus grande satisfaction des clientes et de meilleurs taux de continuité. Au regard de cela, le "taux de continuité de toutes les méthodes" semblerait plus approprié que les deux autres taux "de la première méthode" susmentionnés pour l'évaluation de la continuité au sein d'un programme.

Pour une discussion plus approfondie, voir Chapitre VIII.

## **Chapitre VIII**

### **Pratique de la contraception**

- ◆ Taux de prévalence de la contraception (TPC)
- ◆ Nombre d'utilisatrices courantes
- ◆ Niveau d'utilisation passée
- ◆ Source d'approvisionnement (par méthode)
- ◆ Distribution par méthode
- ◆ Caractéristiques des utilisatrices
- ◆ Taux de continuité
- ◆ Taux d'échec de l'utilisation

## INDICATEURS DE MESURE DE LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Tel que nous l'avons mentionné au chapitre précédent, l'utilisation des services et la pratique de la contraception sont étroitement liées et pourtant distinctes d'un point de vue conceptuel. Dans ce chapitre, nous présentons des mesures de la pratique de la contraception à partir de données basées sur la population.

L'enquête mondiale sur la fécondité (EMF) était la première des enquêtes de grande envergure conçue pour obtenir des données sur la fécondité et la planification familiale auprès d'un échantillon national représentatif de femmes en âge de procréer (Kendall, 1979). Bien que ces enquêtes apportent une pléthore d'informations sur les déterminants de la fécondité, elles ne fournissent pas des données suffisantes pour la conception et l'évaluation des programmes de planification familiale. De plus, le traitement et l'analyse de ces données exigent un temps considérable, rendant ainsi moins utile l'information pour les administrateurs de programme.

Un autre instrument d'enquête a été élaboré aux fins des programmes: l'enquête sur la prévalence de la contraception (EPC). Réalisée pour la première fois en 1975 au Salvador, elle s'est avérée être une source utile de données sur les programmes de planification familiale (Morris et al., 1981). La première série d'enquêtes EPC réalisées par les Centers for Disease Control est devenue le projet EPC confié à la fin des années 70 par l'USAID au Système sanitaire appliqué de Westinghouse (à présent IRD Macro). Parallèlement, les CDC ont continué à faire des enquêtes sur la planification familiale (EPF) et sur la santé reproductive.

Dans les années 80, les EPC ont cédé la place à une formule élargie, les enquêtes démographiques et de santé (EDS) comprenant: (a) les données programmatiques de la planification familiale provenant de l'EPC, (b) les données démographiques détaillées de l'EMF et (c) un module sur l'état de santé des femmes et de leurs enfants de moins de cinq ans. Plus de 40 pays ont participé, soit à l'EDS, soit à l'EPF. Actuellement, 31 pays ont réalisé deux enquêtes ou plus, notamment une EMF, une EPC, une EDS, une EPF et d'autres enquêtes analogues (London et al., 1985; Robey et al., 1992). (Aux fins de simplicité, le terme "EDS" est utilisé tout au long du manuel mais devrait être interprété comme des "enquêtes de type EDS", y compris celles réalisées par les CDC et d'autres enquêtes démographiques ou sur la santé reproductive réalisées à des échelles nationales sous d'autres auspices.)

Ces enquêtes dégagent les données basées sur la population mentionnées si souvent dans ce manuel. De nombreuses enquêtes de nature analogue ont été réalisées pour des régions choisies (régions ou villes) en rapport avec des projets de recherche opérationnelle ou à d'autres fins de recherche et d'évaluation. Elles fournissent également des estimations sur la prévalence de la contraception basées sur la population.

Avant ces enquêtes à grande échelle, les démographes cherchaient généralement à évaluer la couverture des programmes de planification familiale en estimant le numérateur à partir des statistiques de services et le dénominateur à partir d'une estimation de la zone desservie en fonction des données provenant de recensements ou d'autres données démographiques. Mais les

enquêtes sont devenues la méthode préférée pour estimer la couverture des programmes (par exemple, la prévalence de la contraception). Les enquêtes éliminent le problème du compte double (si une femme s'est rendue dans plus d'un centre pour obtenir un moyen de contraception) et elles englobent les personnes qui obtiennent leurs contraceptifs auprès d'autres sources que celles du programme (par exemple, d'un médecin privé). En plus, elles identifient les personnes qui utilisent des méthodes sans entrer en contact avec le programme (par exemple, le retrait) (London et al., 1985). Une des limitations des enquêtes concerne l'éventuelle sous-estimation de l'utilisation (si une femme choisit de répondre "non" à une question oui/non sur l'utilisation courante de la contraception, soit pour continuer l'enquête, soit parce qu'elle ne veut pas qu'on sache qu'elle utilise un moyen de contraception).

Les indicateurs suivants récapitulent les informations les plus utiles provenant d'enquêtes à grande échelle pour mesurer la pratique de la contraception.

## TAUX DE PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION (TPC)

### Définition

Proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) une méthode de contraception à un moment donné, indiquée le plus souvent pour des femmes mariées ou en union sexuelle.

L'indicateur est calculé de la manière suivante:

$$\text{TPC} = \text{U} / \text{P}$$

où:

**U** = nombre de femmes utilisant une méthode de contraception à un moment donné, et

**P** = nombre de femmes en âge de procréer (ou alors le nombre de femmes en âge de procréer couramment mariées ou en union).

### Exemple de calcul

Le taux de prévalence de la contraception chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, Kenya, 1989

Toutes les femmes		Femmes couramment mariées ou en union	
TPC	= 1,659 / 7,150	TPC	= 1,282 / 4,765
	= 0,232		= 0,269

Source de données: Enquête démographique et de santé, Kenya, 1989

### Données nécessaires

Nombre total de femmes en âge de procréer, par situation matrimoniale (facultatif) et parmi elles, nombre qui utilise couramment une méthode de contraception.

### Source(s) de données

Enquêtes sur la population.

### But et questions

Le TPC fournit une mesure d'utilisation de la contraception dans la population tenant compte de toutes les sources d'approvisionnement et de toutes les méthodes de contraception. Il s'agit de la mesure la plus courante des effets des programmes de planification familiale au niveau de la population.

Techniquement parlant, le TPC est un rapport et non un taux. La prévalence est mesurée par un rapport et l'incidence est mesurée par un taux. Pour une année donnée, la prévalence de la contraception mesure la proportion de femmes en âge de procréer qui sont en union et qui utilisent un moyen de contraception. Pour obtenir le taux de la véritable utilisation de la contraception, le dénominateur de la mesure devrait être la population à risques (de grossesse), c'est-à-dire, les femmes sexuellement actives qui ne sont pas infécondes, enceintes ou aménorrhéiques. Le numérateur comprendrait le nombre d'utilisatrices de la contraception au sein de cette population. Il convient d'insister sur le fait que cet élément n'est inclus qu'à des fins informatives. La communauté internationale de la population utilise le terme "taux de prévalence de la contraception" tel que défini ci-dessus et, partant, le manuel adopte cette pratique aux fins de constance.

La convention veut que la prévalence de la contraception se fonde sur les femmes mariées ou en union sexuelle (bien que la plupart des enquêtes de type EDS posent des questions sur l'utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer, quelle que soit leur situation matrimoniale). Dans des pays où il existe peu d'activité sexuelle à l'extérieur du mariage pour les femmes, le fait de fonder les estimations de la prévalence sur les femmes en union sexuelle englobe bien le groupe courant le risque de tomber enceinte. Mais dans des pays où il existe une activité sexuelle importante en dehors des unions sexuelles stables, une estimation de la prévalence fondée sur les femmes en union laisserait de côté une proportion considérable d'utilisatrices courantes. Aussi, les chercheurs continuent-ils à se pencher sur l'adéquation d'une mesure de prévalence de la contraception en fonction de toutes les femmes et non pas de celles vivant dans des unions stables.

Si le TPC peut théoriquement être calculé à partir des statistiques de services sur le nombre d'utilisatrices actuelles et sur les estimations de la population à risques, la pratique courante consiste pourtant à faire des enquêtes sur la population car il est difficile de garder à jour le nombre d'utilisatrices courantes et d'obtenir des estimations exactes de la population. (Les problèmes concernent les données incomplètes, le compte double d'utilisatrices qui entrent en contact avec le système de prestation à plusieurs points, l'inflation volontaire des statistiques de services et la qualité médiocre des données car d'autres tâches attendent ceux chargés de ce travail).

L'EDS est actuellement la source principale utilisée pour obtenir des estimations de la prévalence au niveau national. Tel que mentionné ci-dessus, l'"EDS" est utilisée dans le présent manuel dans le sens "enquêtes de type EDS": l'EDS effective, les enquêtes de planification familiale réalisées par les CDC et d'autres enquêtes nationales de grande envergure réalisées par les pays eux-mêmes sous d'autres auspices (par exemple, en Algérie, au Bangladesh, en Chine, à Hong Kong, en Inde, à Singapour, en Afrique du Sud, en Corée du Sud, à Taïwan, en Turquie et au Vietnam). Des enquêtes plus petites et/ou plus ciblées pourraient également être utilisées pour estimer le TPC. Dans ce cas, les sondages probabilistes constituent le meilleur moyen d'obtenir des estimations solides d'un point de vue scientifique. Des estimations peuvent également être obtenues en ajoutant aux enquêtes des questions pertinentes se rapportant à d'autres thèmes (par exemple, prévalence du programme sanitaire ou enquêtes sur la couverture), suivant les

méthodes d'échantillonnage et les tailles des échantillons.

## **NOMBRE D'UTILISATRICES COURANTES**

### **Définition**

Nombre de femmes (ou de leurs partenaires) en âge de procréer dont on estime qu'ils utilisent une méthode de contraception à un moment donné. Ce nombre peut être signalé par type de méthode, par région, par type de source ou par d'autres variables pertinentes.

### **Données nécessaires**

Nombre de femmes (ou de leurs partenaires) utilisant une méthode de contraception à un moment donné.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population (préférable); statistiques de services (voir Chapitre VII).

### **But et questions**

Le nombre d'utilisatrices courantes fournit une mesure récapitulative du volume total des services d'un programme. Avant l'introduction des enquêtes sur la population pour l'évaluation des programmes de planification familiale, le nombre d'utilisatrices courantes était calculé à partir des statistiques du programme et constituait un indicateur très commun des résultats d'un programme. L'indicateur est attirant en ce qu'il: (a) est intuitivement clair, (b) mesure directement ce à quoi le programme essaie d'arriver: les utilisatrices de la contraception et (c) peut être utilisé pour comparer la performance d'un programme donné dans le temps ou d'une région à l'autre.

Bien qu'il s'agisse d'une information conceptuellement claire et apparemment facile à réunir, le fait de compter le nombre des utilisatrices actuelles à partir des dossiers d'un programme s'est avéré être un travail long, exigeant un grand nombre de personnes, surtout dans le cadre de programmes importants qui n'ont pas un système informatisé de dossiers de clients (y compris la plupart des activités de distribution communautaire). Ce travail exige tout particulièrement: (1) qu'on estime la période pendant laquelle chaque client est jugé être actif en fonction de la quantité de contraceptifs qu'il a reçus et (2) qu'on récapitule le nombre total de personnes estimées être les utilisatrices courantes à un point donné. C'est la raison pour laquelle un grand nombre de programmes ont arrêté de suivre les utilisatrices courantes et ont opté, à la place, pour le couple-années de protection (voir chapitre précédent) en tant que mesure de l'activité d'un programme.

On peut estimer le nombre d'utilisatrices courantes au sein de la population entière (et non simplement des utilisatrices du programme) en multipliant le nombre estimé de femmes en âge de procréer en union sexuelle (en fonction des données de recensement des estimations/projections des Nations Unies) par le taux de prévalence de la contraception (obtenu à partir d'une enquête). Ce chiffre peut ensuite être décomposé par source d'approvisionnement obtenu à partir des données d'une enquête (bien qu'un grand nombre de répondants ne soient

peut-être pas en mesure de donner des informations exactes et complètes sur la source d'approvisionnement). Cette estimation du nombre d'utilisatrices courantes est utile pour les responsables de programme qui veulent prévoir les besoins de leur programme du point de vue prestataires de services et fournitures dans les différentes régions du pays. Toutefois, la plupart des chercheurs et des responsables des évaluations sont davantage intéressés par la prévalence de la contraception (en tant que pourcentage de toutes les femmes mariées) que par l'estimation des nombres absolus utilisant une méthode.

## **NIVEAU D'UTILISATION PASSEE**

### **Définition**

Proportion de femmes en âge de procréer qui ont déjà utilisé une méthode de contraception, y compris celles qui en utilisent une couramment.

### **Données nécessaires**

Nombre de femmes en âge de procréer qui indiquent avoir déjà utilisé une méthode de contraception (y compris celles qui en utilisent une couramment), le nombre total de répondantes et la situation matrimoniale (facultatif).

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **But et questions**

L'utilisation passée de la contraception fournit une mesure brute du niveau d'utilisation passée de la contraception au sein d'un groupe donné, à savoir ce groupe a-t-il une connaissance directe de la contraception parce qu'il a essayé un moyen de contraception à un moment donné. Lorsqu'un nouveau programme de planification familiale est mis sur pied dans un pays où la prévalence de la contraception est très faible, cet indicateur peut être utile pour évaluer la mesure dans laquelle le programme a "atteint" ce groupe (c'est-à-dire a obtenu une réponse de la part de ce groupe).

L'EDS pose la question suivante, "Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé, d'une manière ou d'une autre, de retarder ou d'éviter une grossesse ?" à toutes les femmes qui ont indiqué qu'elles avaient entendu parler d'au moins une méthode permettant d'espacer ou de limiter les naissances. Les résultats peuvent être indiqués pour toutes les femmes ou pour celles qui ont déjà été en union sexuelle. Dans des pays où il existe une utilisation importante de la contraception pour une activité sexuelle préconjugale, le choix du groupe de référence peut changer sensiblement les résultats.

Les données sur l'utilisation passée de la contraception sont généralement réunies dans le cadre de l'entretien de l'anamnèse avec des nouveaux accepteurs des services contraceptifs. Toutefois, cette information tend à être utilisée pour mieux comprendre les besoins et la situation du client. Elle est rarement notifiée à des fins d'évaluation et, partant, les statistiques des programmes ne sont pas mentionnées, ci-dessus, comme une source de données.

Des comparaisons entre l'utilisation passée et l'utilisation courante fournissent des informations utiles sur la continuité de l'utilisation d'un moyen contraceptif. Par exemple, si 80% de la population a déjà essayé une méthode moderne, mais que seuls 10% utilisent couramment une méthode, cela indiquerait un intérêt élevé face à la contraception mais, probablement, un certain mécontentement quant aux services et aux méthodes disponibles. Ces données montrent

qu'il faut étudier davantage la situation. Toutefois, le rapport entre l'utilisation passée et l'utilisation courante est influencé par de nombreux facteurs, d'où sa valeur relative à des fins d'évaluation, sauf dans des situations relativement extrêmes où il indique un éventuel problème tel que susmentionné.

## **SOURCE D'APPROVISIONNEMENT (PAR METHODE)**

### **Définition**

Distribution, en pourcentage, des points de services mentionnés par des utilisatrices comme étant la source d'approvisionnement de leur méthode contraceptive (s'il existe plus d'une source, alors c'est la plus récente).

### **Données nécessaires**

Nombre de répondants utilisant couramment un moyen de contraception, le type de méthode utilisée et la source d'approvisionnement de leur méthode (la plus récente).

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **But et questions**

Cet indicateur est utile pour les responsables du programme de planification familiale puisqu'il leur montre où les utilisatrices de la contraception obtiennent leurs méthodes. Il permet d'évaluer l'efficacité du programme et de prévoir les besoins pour l'approvisionnement. Il convient tout particulièrement aux pays qui souhaitent une plus grande participation du secteur privé à la prestation des services de planification familiale. Par exemple, les enquêtes de type EDS dégagent des informations sur le pourcentage de prévalence de méthodes modernes qui revient au secteur privé.

Dans la plupart de pays, la source d'approvisionnement variera sensiblement par type de méthode. La contraception chirurgicale volontaire, le DIU et les implants NORPLANT® doivent être fournis en milieu clinique (dont les services cliniques mobiles). La pilule est disponible dans les formations sanitaires, les points de vente commerciaux et par le biais de la distribution communautaire. Le Dépo-Provera qui, par le passé, était dispensé en milieu clinique, est à présent fourni sur une base expérimentale dans le cadre des programmes de distribution communautaire. Les préservatifs et les spermicides peuvent être distribués par n'importe quel type de structure. Aussi, les données sur les sources d'approvisionnement sont-elles particulièrement utiles lorsqu'elles sont classées par méthode.

Les "sources d'approvisionnement" dégagent deux types d'informations: type de formation sanitaire et type de secteur (public/privé). Le type de formation sanitaire recoupe l'hôpital, le centre de santé, la clinique de planification familiale, le service mobile, la pharmacie, l'agent de santé, le médecin privé et les magasins. Sous type de secteur, on a le secteur public et le secteur privé (y compris l'association locale de planification familiale, les détaillants commerciaux, les médecins privés et d'autres praticiens privés). Les données sur les sources d'approvisionnement devraient indiquer l'utilisation de la contraception, en pourcentage, pouvant être attribuée au programme public, à l'association privée de planification familiale, au secteur

privé (pharmacies, médecins privés) ainsi qu'à d'autres sources.

Toutefois, il est souvent difficile de faire la distinction entre le secteur public et le secteur privé, notamment dans des pays ayant de multiples sources de contraception. Les répondants risquent d'identifier à tort tel centre comme étant un centre public ou encore ils ne sauront pas répondre à la question. Un médecin privé pourrait bien participer à un programme subventionné en vue d'offrir des services à faible coût à des groupes cibles spécifiques. Face à ce problème, le questionnaire de l'EDS III fournira une ligne où marquer le nom effectif de la formation sanitaire. Après l'interview, un membre de l'équipe de recherche codera l'endroit mentionné suivant une classification correcte fondée sur des listes standards de points de services. Les points de services qui ne sont pas sur la liste seront classés par la suite en contactant des informants-clés de la région.

## **DISTRIBUTION PAR METHODE**

### **Définition**

Distribution, en pourcentage, des utilisatrices de la contraception par méthode.

### **Données nécessaires**

Nombre d'utilisatrices courantes par méthodes.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population; statistiques de services (voir Chapitre VII).

### **But et questions**

Tel que mentionné au chapitre précédent, cet indicateur présente la distribution de l'utilisation de la contraception selon les différentes méthodes contraceptives. Il peut refléter un biais de la part du prestataire de services, des problèmes d'approvisionnement et des préférences des clients.

Les données sur la distribution par méthodes obtenues à partir d'enquêtes et de statistiques de services sont essentielles pour la prévision des besoins en matière de fournitures et de services. Ces données fournissent des estimations du nombre courant de clientes utilisant ces méthodes. Les changements dans la distribution par méthodes sont utiles pour prévoir les futures tendances (par exemple, une utilisation croissante de stérilisation féminine dans un certain nombre de pays).

Dans le cas de la distribution par méthodes, la question n'est pas de savoir quelle est la meilleure source de données: données de programme ou données de population. Les deux sont utilisées pour prévoir les futurs besoins en contraceptifs d'un pays donné. Les données des enquêtes sont jugées un moyen plus fiable d'évaluer les préférences face à des méthodes spécifiques puisqu'elles englobent les clientes, tant du secteur public que privé, en plus de ceux qui utilisent une méthode hors-programme telle que le retrait. Toutefois, il faut se rappeler que des données d'enquête (par exemple, l'EDS) pourraient comporter des erreurs-type importantes, surtout lorsque le pourcentage utilisant une méthode spécifique est très faible.

De fait, les données des enquêtes et les statistiques de services ne concordent pas toujours. Ce problème peut être dû à des statistiques de services "gonflées", à des pertes dans le système ou à une vente de produits à l'extérieur de la zone ciblée par le programme (par exemple, transfrontalière). Des études spéciales devraient être faites pour réconcilier ces écarts.

## **CARACTERISTIQUES DES UTILISATRICES**

### **Définition**

Profil sociodémographique des utilisatrices courantes des méthodes de contraception pertinent pour la planification et/ou le marketing du programme.

Caractéristiques pertinentes: âge, parité, résidence urbaine-rurale, statut économique, ethnicité et autres facteurs jugés importants dans le contexte d'un pays donné.

### **Données nécessaires**

Données sur l'âge, la parité et autres caractéristiques des utilisatrices (et, pour les enquêtes des non-utilisatrices, aux fins de comparaison).

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population; statistiques de services (voir Chapitre VII).

### **But et questions**

Cette mesure indique le type de personnes utilisant la contraception dans un pays donné (ou une sous-région). Les profils des utilisatrices, basés sur les statistiques de services, reflètent les caractéristiques des clientes recevant des services contraceptifs dans les centres du programme, alors que les profils, basés sur les enquêtes, reflètent les caractéristiques des utilisatrices obtenant des services et des produits contraceptifs de toutes les sources de services et de distribution. Par conséquent, une comparaison des caractéristiques entre utilisatrices et population entière permet de mieux connaître le type de personnes couvertes (c'est-à-dire, plus instruites, plus susceptibles d'avoir un emploi rémunéré, avec plus d'enfants, etc.)

Il est également possible, à partir des données d'enquête, de comparer les caractéristiques des utilisatrices et celles des non-utilisatrices. Cela permet d'identifier les sous-groupes de la population qui ne sont pas atteints par le programme. Généralement, les enquêtes fournissent également des informations plus détaillées sur les caractéristiques des utilisatrices de la contraception.

La question suivante est posée pour cet indicateur: "Parmi toutes les personnes utilisant la contraception, quelle est la décomposition par \_\_\_\_\_ (résidence urbaine-rurale, niveau d'instruction, religion, groupe ethnique, etc.) ?" Par exemple, on peut trouver que, dans un pays donné, parmi toutes les utilisatrices de la contraception, 70% sont catholiques et 30% sont évangéliques. Si, dans ce pays, 70% de la population est effectivement catholique et 30% évangélique, alors cette répartition reflète simplement la composition de la population entière (voir Panel B dans l'exemple ci-dessous).

L'indicateur sur les caractéristiques des utilisatrices ne doit pas être confondu avec la question posée par de nombreuses recherches: "L'utilisation de la contraception diffère-t-elle par

sous-groupe de la population ?". Cette question compare le pourcentage utilisant la contraception pour les différentes catégories de la variable explicative, à savoir résidence urbaine-rurale, niveau d'instruction, religion, groupe ethnique, etc. Reprenons l'exemple ci-dessus sur la religion. On pourrait trouver que 40% des femmes mariées en âge de procréer dans la population totale utilisaient la contraception et qu'il n'y avait pas de différence par sous-groupe (voir Panel C ci-dessous).

**Exemples:**

**Panel A: Chiffres absolus: Tabulation croisée de l'utilisation de la contraception moderne par religion**

Utilise la contraception moderne	Religion		
	Catholique	Evangelique	Total
Oui	280	120	400
Non	420	180	600
Total	700	300	1000

**Panel B: Quelle est la décomposition par religion chez les utilisatrices?** (De quelle religion semblent être les utilisatrices?)

(Réponse: 70 pour 100 catholiques, 30 pour 100 évangeliques)

Utilise la contraception moderne	Religion		
	Catholique	Evangelique	Total
Oui (utilisatrice)	70%	30%	100%
non (non-utilisatrice)	70%	30%	100%
Total	70%	30%	100%

**Panel C: Est-ce que le pourcentage utilisant la contraception moderne change selon le groupe religieux?**

(Réponse: non)

Utilise la contraception moderne	Religion		
	Catholique	Evangelique	Total
Oui	40%	40%	40%
Non	60%	60%	60%

## TAUX DE CONTINUITE

### Définition

Probabilité cumulative selon laquelle des accepteurs d'une méthode de contraception utiliseront toujours une méthode de contraception offerte par le programme après une période de temps spécifiée (par exemple, un an). C'est ce qu'on appelle également le taux de continuité "de toutes les méthodes".

Lorsqu'on utilise des données transversales sur la population, le taux de continuité pour chaque intervalle d'utilisation (par exemple, premier, deuxième, troisième, etc., mois d'utilisation) est calculé comme le complément du rapport entre les acceptrices qui arrêtent d'utiliser une méthode de contraception du programme après ce temps et le nombre de femmes qui l'utilisent encore au début du mois, c'est-à-dire un taux de discontinuité de 1. Ces taux de continuité sont cumulés pour obtenir la probabilité selon laquelle les accepteurs d'une méthode de contraception utiliseront encore une méthode du programme après la période de temps spécifiée.

L'indicateur ( $CR_x$ ) est calculé de la manière suivante:

$$CR_x = \prod_{x=1}^x (1-q_x)$$

où:

$q_x$  =  $T_x / N_x$  = probabilité conditionnelle d'arrêt d'utilisation pendant un intervalle donné (par exemple, un mois, un trimestre, etc.);

$T_x$  = nombre de femmes arrêtant l'utilisation pendant l'intervalle; et

$N_x$  = nombre de femmes utilisant au début de l'intervalle.

Note:  $\Pi$  signifie que  $(1-q_x)$  est multiplié par tous les intervalles allant de 1 à x.

### Exemple de calcul

Taux de continuité pour des méthodes modernes pour des durées de 1 à 12 mois, Indonésie, 1986-91.

x	$T_x$	$N_x$	$q_x$	$CR_x$
1	258,5	11839,7	0,0218	97,8
2	137,5	11345,2	0,0121	96,6
3	311,3	11047,0	0,0282	93,9
4	106,3	10448,2	0,0102	93,0
5	105,7	10304,8	0,0103	92,0

6	264,4	10097,0	0,0262	89,6
7	90,1	9586,7	0,0094	88,7
8	71,2	9453,1	0,0075	88,1
9	185,8	9263,9	0,0201	86,3
10	99,4	8883,6	0,0112	85,3
11	72,7	8707,7	0,0084	84,6
12	280,1	8632,0	0,0325	81,9

Source de données: Enquête démographique et de santé de l'Indonésie, 1991.

Note: les chiffres de discontinuité ne sont pas des chiffres entiers à cause de la pondération.

### **Données nécessaires**

Informations sur la première utilisation, l'utilisation continue (y compris le changement de méthode) et l'arrêt de la contraception pendant une période de référence donnée (par exemple, trois à cinq ans avant l'enquête). En fonction de cette information, on peut calculer le pourcentage qui a utilisé continuellement la méthode pour une durée spécifiée (par exemple, 12 mois, 18 mois, etc.) ainsi que la durée médiane d'utilisation.

### **Source(s) de données**

Sur la base du programme: dossiers de clientes accompagnés d'une étude de suivi sur les abandons au programme (voir Chapitre VII).

Sur la base de la population: enquêtes avec chronologies ou calendriers de l'utilisation rétrospective de la contraception.

### **But et questions**

Tel que noté au Chapitre VII, les taux de continuité de la contraception sont une mesure récapitulative utile de l'efficacité générale avec laquelle les services d'un programme encouragent les clientes à continuer d'utiliser la contraception.

Les taux de continuité peuvent être calculés, soit avec des données provenant des formations sanitaires, soit avec des données sur la population. Toutefois les données des formations sanitaires comportent un certain nombre de limitations. Par conséquent, les chercheurs préfèrent les enquêtes de grande envergure pour obtenir des mesures plus valides de la continuité au sein du groupe cible.

L'utilisation de calendriers de la contraception dans des enquêtes transversales telles que l'EDS minimise les problèmes de couverture dont il est question au Chapitre VII. Mais ces enquêtes connaissent également leurs propres limitations. Elles (a) dépendent de l'exactitude du rappel du répondant, (b) ne permettent pas de faire le rapprochement entre les répondants et des points de services spécifiques et (c) risquent de ne pas saisir toute la chronologie contraceptive (par exemple, quand on utilise un calendrier quinquennal). Toutefois, ces enquêtes permettent de calculer les taux de continuité pour chaque méthode spécifique.

Les deux autres taux de continuité définis au Chapitre VII (taux de continuité du premier segment et taux de continuité de la première méthode) s'appliquent, soit aux données de programme, soit aux données sur la population.

Il est important de distinguer entre discontinuité et échec d'une méthode de contraception. La discontinuité est liée à la décision d'une personne d'arrêter l'emploi d'une méthode donnée ou à une grossesse accidentelle. Dans ce cas, l'échec de la méthode est une sous-catégorie de la discontinuité. L'échec de la méthode entraîne forcément un arrêt. Mais tous les arrêts ne sont pas imputables à l'échec de la méthode (voir l'indicateur suivant pour une discussion plus approfondie de ce point).

## TAUX D'ECHEC DE L'UTILISATION

### Définition

La probabilité cumulative selon laquelle des utilisatrices d'une méthode de contraception connaîtront une grossesse non voulue pendant qu'elles utilisent une méthode de contraception donnée sur une période spécifiée (par exemple, un an).

Lorsqu'on utilise des données transversales axées sur la population concernant l'utilisation et l'échec de la contraception, le taux d'échec pour chaque intervalle d'utilisation (par exemple, premier, second, troisième, etc., mois d'utilisation) est calculé comme étant le rapport entre les grossesses non voulues se présentant après cette durée et le nombre total d'utilisatrices au début du mois. Les taux d'échec sont cumulés pour obtenir la probabilité selon laquelle les utilisatrices d'une méthode de contraception connaîtront une grossesse non voulue pendant la période spécifiée, par exemple, un an.

"Echec de l'utilisation" recoupe les conceptions suite à l'échec de la méthode et à l'échec de l'utilisation. L'échec de la méthode se rapporte à la probabilité théorique d'une grossesse accidentelle dans des conditions idéales d'utilisation correcte par toutes les femmes employant une méthode particulière. L'échec de l'utilisation se rapporte aux grossesses accidentelles dues à un emploi incorrect.

L'indicateur ( $FR_x$ ) est calculé de la manière suivante:

$$FR_x = 1 - [(1 - FR_{x-1}) - (CR_{x-1} * q_x)]$$

où:

$q_x$  =  $F_x / N_x$  = probabilité conditionnelle de l'échec contraceptif pendant un intervalle donné;

$F_x$  = nombre de femmes arrêtant l'utilisation suite à l'échec contraceptif pendant l'intervalle;

$N_x$  = nombre de femmes utilisant la méthode au début de l'intervalle;

$T_x$  = nombre de femmes arrêtant l'utilisation pour une quelconque raison, y compris l'échec contraceptif, toujours pendant l'intervalle;

$$CR_x = \prod_{x=1}^x [1 - (T_x/N_x)] =$$

probabilité d'utilisation continue après une période de temps spécifiée

## Exemple de calcul

Taux net d'échec de l'utilisation pour toutes les méthodes, pour des durées de 1 à 12 mois, Indonésie, 1986-91.

x	F <sub>x</sub>	T <sub>x</sub>	N <sub>x</sub>	CR <sub>x</sub>	q <sub>x</sub>	FR <sub>x</sub>
0	-	-	-	1,000	-	0,0000
1	30,2	465,1	12656,7	0,963	0,0024	0,0024
2	26,8	237,4	12100,6	0,944	0,0022	0,0045
3	41,5	520,5	11766,3	0,903	0,0035	0,0078
4	32,2	178,9	11135,0	0,888	0,0029	0,0104
5	17,2	153,0	10965,5	0,876	0,0016	0,0118
6	27,1	422,3	10746,0	0,841	0,0025	0,0140
7	36,9	128,6	10211,6	0,831	0,0036	0,0170
8	19,8	131,5	10043,0	0,820	0,0020	0,0187
9	28,9	362,2	9833,6	0,790	0,0029	0,0211
10	26,5	172,7	9433,1	0,775	0,0028	0,0233
11	10,1	116,1	9230,5	0,765	0,0011	0,0241
12	21,5	455,0	9136,5	0,727	0,0023	0,0259

Source de données: Enquête démographique et de santé de l'Indonésie, 1991. Note: les nombres des échecs ne sont pas des nombres entiers suite à la pondération. Les taux d'échec cumulatifs sont calculés en utilisant les tables de mortalité croissantes et décroissantes tiennent compte de la perte du temps d'exposition résultant de l'arrêt pour des raisons autres que l'échec et l'interdiction (Cf. Namboodiri et Suchindram, 1987 pour une discussion des tables de mortalité croissantes et décroissantes).

## Données nécessaires

Nombre de femmes en âge de procréer connaissant une grossesse non souhaitée pendant qu'elles utilisaient une méthode de contraception lors d'une période spécifiée par durée d'utilisation, nombre de femmes arrêtant d'utiliser la méthode, pour d'autres raisons, par durée d'utilisation et nombre de femmes utilisant la contraception par durée d'utilisation. L'information spécifique nécessaire dépend de la méthode utilisée pour calculer la mesure (voir ci-après pour des détails complémentaires).

## Source(s) de données

Sur la base du programme: théoriquement possible en fonction des enquêtes de suivi mais rarement calculée ainsi.

Sur la base de la population: enquêtes réunissant des informations rétrospectives sur l'utilisation de la contraception et la non-utilisation ou l'utilisation de la contraception au moment de la grossesse, pour une période de référence spécifiée (par exemple, les trois à cinq ans avant l'enquête).

## But et questions

Les taux d'échec de l'utilisation fournissent une mesure de la fréquence relative de grossesse non souhaitée pendant l'utilisation d'une méthode de contraception. L'indicateur est vu comme une mesure récapitulative de la qualité de la protection contraceptive fournie par des programmes de planification familiale et, tout notamment, de l'information sur l'utilisation correcte des méthodes. Tel que noté ci-dessus, la mesure englobe, d'une part les échecs de méthode et, d'autre part, les échecs provenant d'un emploi incorrect. Aussi, n'est-il pas possible de déduire directement de la mesure l'importance relative de chaque cause d'échec dans un contexte particulier. Mais, vu qu'on connaît, grâce aux essais cliniques, les taux d'échec théoriques pour les principales méthodes de contraception, un taux d'échec de l'utilisation trop élevé dans un contexte donné peut normalement être imputé à des niveaux élevés d'emploi incorrect de la méthode.

Un taux d'échec peut être calculé, soit comme la probabilité d'un échec en l'absence de toutes les autres raisons d'arrêt (taux bruts), soit comme la probabilité d'un échec étant donné que des femmes peuvent arrêter la méthode pour une autre raison (par exemple, effets secondaires, souhait d'une grossesse, etc.). Dans ce dernier cas, elles ne sont pas exposées au risque d'échec (taux nets). Les taux d'échec nets seront toujours inférieurs aux taux d'échec bruts puisque plus la probabilité d'arrêt de l'utilisation d'une méthode est élevée (pour des raisons autres que l'échec), plus la probabilité d'arrêter la méthode suite à l'échec de la méthode est faible. En général, les taux nets sont plus réalistes car ils saisissent bien le risque effectif pour les femmes de connaître un échec contraceptif.

Les taux d'échec de l'utilisation peuvent être calculés, soit à partir de données basées sur le programme, soit à partir de données basées sur la population. Au vu des limitations des données basées sur le programme dont il est question au Chapitre VII et des progrès méthodologiques récents, on préfère généralement les sources basées sur la population (Jejeebhoy, 1989; Bongaarts et Rodriguez, 1991). Les principales limitations des estimations des taux d'échec de l'utilisation basées sur des données de programme sont les mêmes que celles notées dans la discussion sur les taux de continuité.

Deux types de taux d'échec ont été utilisés dans le cadre d'études précédentes: (a) le Taux de grossesse Pearl (Pearl, 1932) et (b) les taux des tables de mortalité. Etant donné des problèmes méthodologiques avec le Taux de grossesse de Pearl, les essais les plus récents pour mesurer l'échec de l'utilisation ont utilisé la méthode dite des tables de mortalité.

Les progrès récents des méthodologies d'enquêtes démographiques et les techniques d'estimations ont facilité le calcul des taux d'échec de l'utilisation. Citons à ce propos la collecte et l'analyse de données chronologiques rétrospectives, surtout l'utilisation des calendriers d'emploi de la contraception (Laing, 1985; Gaslonde et Carrasco, 1982). L'exemple de calcul montré ci-dessus se fonde sur des données provenant de calendriers contraceptifs de l'EDS de l'Indonésie et de la méthode des tables de mortalité.

Autre progrès important: la méthode "situation courante" pour mesurer l'échec de l'utilisation (Bongaarts, 1984; Bongaarts et Rodriguez, 1991). Cette approche n'a pas besoin de

données aussi détaillées que les méthodes de chronologie rétrospective ou de calendrier. Dans le cadre de cette méthode, il suffit de connaître l'utilisation courante de la contraception, le nombre de naissances pendant les deux années avant une enquête et la situation concernant l'utilisation de la contraception au moment de la grossesse. Le lecteur est prié de se rapporter aux sources susmentionnées pour des détails complémentaires sur cette méthode.

## **Chapitre IX**

### **Impact sur la fécondité**

#### **A. Niveau de fécondité**

- ◆ Taux brut de natalité (TBN)
- ◆ Taux de fécondité par âge (TFA)
- ◆ Indice synthétique de fécondité (ISF)

#### **B. Naissances évitées**

- ◆ Naissances évitées (par le programme)

#### **C. Autres indicateurs**

- ◆ Taux de fécondité par parité
- ◆ Proportion de naissances supérieures (ou inférieures) à une parité spécifiée
- ◆ Proportion de naissances observées chez les femmes d'un âge supérieur ou inférieur à une valeur spécifiée
- ◆ Durée médiane des intervalles intergénésiques
- ◆ Proportion d'intervalles intergénésiques ouverts ou fermés d'une longueur spécifiée ou plus longue
- ◆ Indice synthétique de fécondité non souhaitée (ISFN)

## INDICATEURS DE MESURE D'IMPACT SUR LA FECONDITE

Ce chapitre présente une série d'indicateurs utilisés pour mesurer l'impact du programme de planification familiale sur la fécondité. Deux critères ont guidé le choix des indicateurs. Premièrement, vu qu'un des grands buts des divers essais faits pour mesurer l'impact du programme sur la fécondité est de voir dans quelle mesure on peut attribuer les changements observés dans la fécondité au programme de planification familiale (et non à des facteurs hors-programme), on a fait un premier dépistage des éventuels indicateurs pour juger de leur applicabilité à l'égard d'une ou de plusieurs méthodes acceptées pour adresser le problème de l'attribution (Cf. ci-après pour une plus ample discussion). Deuxièmement, tel que noté dans l'introduction du présent manuel, la version initiale du manuel s'attache surtout à l'impact du programme sur la fécondité. Ce champ sera élargi lors d'une mise à jour du manuel et comprendra, de manière plus systématique, d'autres domaines de l'éventuel impact du programme (par exemple, santé maternelle et infantile).

Des efforts considérables ont été consacrés à l'élaboration de méthodes et d'indicateurs permettant de mesurer l'impact démographique ou l'impact sur la fécondité des programmes de planification familiale. Témoignant de ce travail, on trouve au moins huit approches méthodologiques distinctes pour quantifier l'impact sur la fécondité dans la littérature de la recherche (Sherris et al., 1985; Nations Unies, 1979, 1982, 1985, 1986; Chandrasekaran et Hermalin, 1975).

Un examen des principales méthodes pour mesurer l'impact des programmes de planification familiale sur la fécondité indique que deux types d'indicateurs sont utilisés par ces méthodes: les taux de fécondité sur une période spécifiée et/ou les naissances évitées.

Les taux de fécondité sur une période spécifiée (par exemple, taux brut de natalité, indice synthétique de fécondité, etc.) sont utilisés essentiellement de deux manières. Plusieurs méthodes (par exemple, standardisation/décomposition, analyse de tendances, études expérimentales et méthodes de régression par région) reposent sur la mesure du taux de fécondité sur une période spécifiée à deux moments ou davantage, de manière à estimer les changements bruts de fécondité et, ensuite, à déterminer la proportion du changement observé attribuable à l'effort de contraception découlant du programme.

D'autres méthodes (par exemple, méthodes multiniveaux, applications initiales de la méthode de régression par région et études expérimentales "après seulement") sont basées sur une série unique de mesures des taux de fécondité sur une période spécifiée. Elle tentent d'estimer dans quelle mesure les différences transversales observées en matière de fécondité peuvent être attribuées à différents niveaux d'exposition au programme (par exemple, contraception du programme) par opposition à d'autres déterminants de la fécondité non liés au programme (par exemple, différences socio-économiques et/ou déterminants proximaux de la fécondité autres que la contraception).

Les méthodes basées sur les naissances évitées comparent les taux de fécondité observés sur une période spécifiée et les taux hypothétiques, dits de "fécondité potentielle", auxquels on

assisterait en l'absence de la protection contraceptive du programme. Le calcul de la différence entre fécondité observée et fécondité potentielle permet d'estimer le nombre de naissances qui n'ont pas eu lieu, lors de la période de référence spécifiée, suite à la protection contraceptive du programme. Parmi ces méthodes, on distingue le couples-années de protection, l'analyse du processus procréateur, la projection des composantes et les méthodes de prévalence. Le lecteur est prié de se rapporter aux références susmentionnées pour les détails de calcul de ces méthodes.

Nous commencerons notre présentation par la description d'une série d'indicateurs conventionnels qui ont été utilisés dans le cadre d'une ou plusieurs des méthodes types d'évaluation de l'impact sur la fécondité. La première section présente divers indicateurs du niveau de fécondité, la deuxième décrit et illustre l'utilisation de la mesure des naissances évitées.

Dans la troisième section du chapitre, une série d'indicateurs supplémentaires sont présentés sous le titre d'autres indicateurs. Depuis quelques années, les responsables du programme de planification familiale et les chercheurs ont porté un intérêt croissant à l'évaluation de la magnitude de l'impact des programmes sur certains aspects du comportement procréateur qui ne sont pas mesurés par des mesures conventionnelles de la fécondité. Les indicateurs du rythme de la fécondité ou de l'espacement des naissances représentent l'un de ces domaines d'intérêt. Par exemple, dans un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, la demande pour la planification familiale, aux fins d'espacer les naissances, est bien plus forte que la demande de limitation. Par conséquent, les indicateurs estimant l'espacement ou la chronologie des naissances s'avèrent particulièrement utiles pour évaluer l'impact à court terme des programmes mis sur pied dans ces pays.

Les indicateurs utilisés par des programmes ayant des objectifs explicites du point de vue parité et âge maternel constituent un autre domaine d'intérêt. Il s'agit, par exemple, des programmes qui cherchent explicitement à diminuer le nombre ou le taux de naissances chez des femmes au-dessus d'une certaine parité (par exemple, parité 5) ou chez des femmes au-dessous/au-dessus de certains âges (par exemple, au-dessous de 20 ans ou au-dessus de 35 ans). En effet, les mesures conventionnelles de la fécondité risquent de ne pas être des indicateurs sensibles de l'impact dans le contexte de tels programmes.

L'impact des programmes sur la diminution de la fécondité non souhaitée et sur l'incidence de l'avortement représente d'autres domaines pertinents.

Il est certain que les types d'indicateurs décrits dans les paragraphes précédents n'ont pas été très utilisés jusqu'à présent pour évaluer l'impact. Un nombre important de programmes réalisés de nos jours dans le monde en développement définissent néanmoins leurs objectifs en termes de parité ou d'âge maternel et il nous paraît donc justifié que ce manuel discute de quelques indicateurs appropriés à l'évaluation de tels programmes. On notera toutefois que nous avons limité les indicateurs à ceux jugés être: (1) suffisamment sensibles et spécifiques et (2) fondés sur des données relativement exactes provenant d'un grand nombre de pays en développement.

Dans certains cas, nous n'avons pas proposé un indicateur pour des dimensions d'effet sur

la fécondité qui sont jugés importants ou pertinents suite à des problèmes de disponibilité de qualité de données. Par exemple, les taux d'avortement sont jugés être un indicateur valide de l'impact pour certains programmes de planification familiale mais le manque de données exactes sur les taux d'avortement dans la plupart des pays et la validité non prouvée d'autres approches de collecte de données et d'estimations (indirectes) nous ont incité à ignorer les indicateurs traitant de l'avortement dans la présente édition de ce Manuel.

Enfin, il convient de noter que relativement peu de travaux ont été faits concernant la mise au point de méthodes d'évaluation de l'impact qui traitent de la question de l'attribution du programme en utilisant des indicateurs du type décrit à la troisième section du présent chapitre. Le Projet EVALUATION espère explorer, au cours de son mandat, l'utilisation d'indicateurs non traditionnels de la fécondité aux fins d'évaluation des programmes. La prochaine mise à jour de ce Manuel traitera des progrès faits en ce domaine.

## **TAUX BRUT DE NATALITE (TBN)**

### **Définition**

Nombre de naissances pour 1 000 habitants, au cours d'une année donnée ou d'une autre période de référence spécifiée.

Le TBN est calculé de la manière suivante:

$$\text{TBN} = (N / P) * 1\ 000$$

où:

**N** = nombre de naissances pendant une année ou une période de référence donnée, et

**P** = taille de la population totale à la mi-année ou mi-période.

### **Exemple de calcul**

Estimation du TBN au Ghana, 1985-1988.

$$\begin{aligned} \text{TBN} &= (N/P) * 1\ 000 \\ &= (575\ 381/13\ 667\ 229) * 1\ 000 \\ &= 42,1 \end{aligned}$$

Source de données:

Naissances: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988. (Note ? le chiffre indiqué a été calculé en appliquant des poids d'échantillonnage d'enquête au nombre de naissances signalées pendant la période de référence de trois ans, en tenant compte des non-réponses lors d'enquêtes auprès des ménages et des particuliers et en divisant par le nombre d'années pendant la période de référence. Voir Annexe B du Rapport de l'EDS du Ghana pour des détails complémentaires sur les poids d'échantillonnage et des non-réponses aux enquêtes).

Population: population totale estimée du Ghana au 1<sup>er</sup> janvier 1987 (point à mi-parcours de la période de référence pour l'indicateur), Bureau américain du recensement, Center for International Research.

### **Données nécessaires**

Nombre total de naissances au cours d'une année ou d'une période de référence donnée.

Nombre total de sujets recensés ou nombre estimé à mi-année ou à mi-période pour la même année/période.

### **Source(s) de données**

Naissances: statistiques de l'état civil, recensements ou enquêtes sur la population.

Population: données de recensement obtenues normalement pour les années de recensement et à partir des estimations sur la population pour les années sans recensement. Ces chiffres peuvent également être estimés, sous certaines conditions, à partir d'enquêtes sur la population (voir ci-dessous).

### **Buts et questions**

Appelé parfois simplement "taux de natalité", le taux brut de natalité fait partie des mesures de fécondité, courante ou sur un intervalle de temps spécifié, les moins exigeantes en terme de données nécessaires. Dans la plupart des pays, les statistiques de l'état civil fournissent le nombre annuel de naissances. Mais, dans de nombreux pays, les systèmes d'état civil connaissent de graves problèmes de sous-déclaration. On peut également estimer le nombre de naissances survenues pendant une période spécifiée à partir de réponses à des questions de recensement ou d'enquête ou à partir de chronologies de naissances partielles ou complètes obtenues lors d'enquêtes par sondage.

Bien que le TBN soit normalement exprimé en tant que taux annuel, des périodes de référence plus longues sont souvent utilisées pour faciliter les calculs basés sur des données d'enquête. On considérera, par exemple, les trois à cinq ans avant l'enquête. Les raisons de ce choix sont doubles: (1) accroître le nombre d'événements comptabilisés afin de réduire la variabilité d'échantillonnage liée aux estimations du nombre des naissances d'une année à l'autre et (2) diminuer l'effet des erreurs de la période de référence dans la déclaration des âges/dates de naissance d'enfants associés aux préférences pour des chiffres qui sont des multiples de 12. Dans ces cas, on calcule normalement le TBN annuel moyen pour la période couverte (tel que dans l'exemple de calcul indiqué ci-dessus).

Outre les estimations ou les projections officielles de la population, on peut également obtenir une estimation de la population totale pour le dénominateur du TBN en appliquant des poids d'échantillonnage des enquêtes au compte des membres des ménages provenant des listes de ménages dans les enquêtes avec des univers non limités, c'est-à-dire des enquêtes couvrant tous les ménages et non pas seulement ceux avec au moins une femme en âge de procréer (une restriction d'univers imposée dans certaines enquêtes démographiques). A moins que la proportion de la population exclue des enquêtes avec des définitions d'univers limité ne soit connue ou ne puisse être estimée, ces enquêtes sous-estimeront la taille de la population totale et, partant, biaiseront vers le haut les estimations du TBN.

Il convient de noter que, le TBN ne prenant pas en compte la distribution par âge et par sexe de la population, les comparaisons entre différentes populations ou l'évaluation des tendances dans le temps, basées sur le TBN, peuvent être biaisées par des différences ou des changements dans la composition de la population. C'est la raison pour laquelle il convient d'interpréter avec circonspection toute conclusion basée sur une analyse du TBN et concernant l'impact du programme sur la fécondité. Il faudrait utiliser au moins la standardisation des âges lorsqu'on fait des comparaisons ou qu'on évalue les tendances basées sur le TBN. Des méthodes

plus affinées prenant en compte les influences liées aux différences de composition de la population et autres facteurs d'interférence sont décrits dans les références citées dans l'introduction du présent chapitre.

## TAUX DE FECONDITE PAR AGE (TFA)

### Définition

Nombre de naissances enregistrées, au cours d'une année ou d'une période de référence donnée, pour 1 000 femmes en âge de procréer, classées par tranche d'âges d'une année ou de cinq ans.

Le TFA est calculé de la manière suivante:

$$\text{TFA}_a = (N_a / E_a) * 1\ 000$$

où:

$N_a$  = nombre de naissances pour des femmes dans le groupe d'âges  $a$  pendant une année ou une période de référence donnée, et

$E_a$  = nombre de personnes-années d'exposition dans le groupe d'âges  $a$  pendant la période de référence spécifiée.

### Exemple de calcul

Estimation du TFA annuel moyen pour toutes les femmes en âge de procréer, Ghana, période 1985-1988.

Groupe d'âges	Naissances $N_a$	Personnes-années d'exposition $E_a$	Taux/femme	Taux/1000 personnes-années
15-19	351	2810,8	0,125	125
20-24	747	2864,7	0,261	261
25-29	743	2658,7	0,279	279
30-34	473	1912,9	0,247	247
35-39	287	1490,2	0,193	193
40-44	124	1056,2	0,117	117
45-49	44	730,1	0,060	060

Source de données: Enquête démographique et de santé du Ghana, 1988.

### Données nécessaires

Nombre de naissances au cours d'une année ou d'une période de référence donnée, par âge de la mère.

Nombre de femmes en âge de procréer (par exemple, 15 à 44 ans ou 15 à 49 ans) dans des groupes d'âges d'un an ou de cinq ans.

### Source(s) de données

Statistiques d'état civil (numérateur uniquement), recensements de la population ou enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Le TFA est surtout utilisé de deux manières: (1) en tant que mesure du mode de distribution de la fécondité en fonction de l'âge des femmes, c'est-à-dire par groupe d'âges recouvrant les années fécondes et (2) en tant qu'étape intermédiaire dans le calcul de l'indice synthétique de fécondité (ISF), discuté par la suite dans ce chapitre.

Tel qu'indiqué ci-dessus, le TFA peut être estimé à partir de plusieurs sources. Lorsque le nombre des naissances est obtenu à partir des données de l'état civil, il est nécessaire pour calculer le dénominateur de disposer également de projections de population ou d'estimations du nombre de femmes par groupe d'âges pour l'étendue de la période féconde. Les données des recensements ou des enquêtes de population, quant à elles, permettent de dériver à la fois le numérateur et le dénominateurs du TFA. Les estimations à partir des recensements se fondent sur les questions concernant le nombre de naissances survenues pendant une période spécifiée, préalable au recensement (généralement, 12 mois), alors que les estimations obtenues à partir des enquêtes de population peuvent être faites, soit en fonction des questions sur les naissances survenues pendant une période préalable spécifiée, soit à partir des chronologies de naissances partielles ou complètes.

Une procédure plus simple, bien que moins précise, permet également d'estimer le dénominateur. Elle repose sur l'emploi, comme dénominateur, du nombre moyen de femmes, par tranche d'âges, pendant la période de référence couverte par la mesure (c'est-à-dire de la moyenne, pour chaque tranche d'âges, des dénombrements de femmes en début et en fin de période de référence).

Des périodes de référence de plus d'un an sont fréquemment utilisées pour le calcul du TFA à partir des données des enquêtes, pour la même raison que celle décrite pour le TBN: réduire la variabilité de l'échantillonnage associé à des nombres relativement petits de naissances annuelles chez des femmes dans des groupes d'âges d'un an ou de cinq ans et les biais introduits par l'imprécision des périodes de référence déclarées. Par exemple, diverses analyses des données de fécondité de l'EDS utilisent la période des trois ou cinq ans avant l'enquête pour calculer le TFA (Arnold et Blanc, 1989; Luts, 1990). Lorsque de multiples années sont utilisées pour faire les calculs, on présente normalement les taux annuels moyens.

Contrairement au TBN, le TFA n'est pas affecté par des différences ou des changements dans la composition d'âges de la population et, partant, est plus utile pour comparer les différents groupes ou sous-groupes et pour mesurer les changements dans le temps. Toutefois, le TFA est affecté par des différences ou des changements dans le nombre ou la proportion de femmes exposées au risque de grossesse. Par conséquent, des changements dans le TFA pourraient fournir des informations erronées concernant l'impact des programmes de planification familiale sur la fécondité lorsque d'autres facteurs influençant le risque de grossesse sont en train de changer; par exemple, dans les groupes d'âges de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans lorsque l'âge au

mariage est en train d'augmenter rapidement.

Pour remédier à ce problème, le TFA peut être calculé uniquement pour les femmes qui sont continuellement mariées ou en union pendant la période de référence de la mesure. L'indicateur qui en résulte est connu sous le nom de Taux de Fécondité maritale par Age (TFMA). Mais, pour calculer cette mesure, il faut des données sur la durée du mariage ou les chronologies de mariage. Dans la pratique, le TFMA est le plus souvent estimé en calculant le TFA pour les femmes mariées ou en union au moment de l'enquête, bien qu'il faille reconnaître que c'est là uniquement une mesure approximative du TFMA vu que les femmes qui sont mariées ou en union au moment d'une enquête donnée ne seront pas forcément mariées ou en union pendant toute la période de référence de la mesure (par exemple, pour les 3-5 ans précédant l'enquête).

Le TFA est parfois calculé spécifiquement pour différentes catégories de femmes. Par exemple, le TFA des femmes couramment mariées ou en union et le TFA de toutes les femmes en âge de procréer sont présentés dans les rapports d'enquête EDS. Dans des sociétés où la fécondité est confinée en grande partie au mariage, le TFA pour les femmes actuellement mariées ou en union fournira une couverture plus ou moins complète de la fécondité récente. Mais lorsqu'une proportion importante de la fécondité se situe hors des unions reconnues, le fait de limiter le TFA aux femmes actuellement mariées entraînera une sous-estimation du niveau de la fécondité courante.

## INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE (ISF)

### Définition

Nombre d'enfants par femme (ou par 1 000 femmes) qui naîtraient si cette femme ou ces femmes donnaient naissance, tout au long de leurs années fécondes, au nombre d'enfants correspondant au spectre de fécondité par âge observé au moment de l'enquête.

L'ISF est calculé de la manière suivante:

$$\text{ISF} = \Sigma \text{TFA}_a \text{ (pour des groupes d'âges d'un an), ou}$$

$$\text{ISF} = 5 \Sigma \text{TFA}_a \text{ (pour des groupes d'âges de cinq ans)}$$

où:

$\text{TFA}_a$  = taux de fécondité par âge pour des femmes dans le groupe d'âges  $a$  (exprimé comme taux par femme).

### Exemple de calcul

Estimation de l'ISF annuel moyen pour toutes les femmes en âge de procréer au Ghana, période 1985-88.

$$\begin{aligned} \text{ISF} &= 5 (0,125 + 0,261 + 0,279 + 0,247 + 0,193 + 0,117 + 0,060) \\ &= 6,11 \end{aligned}$$

Où les chiffres entre parenthèses sont des taux par âge pour les tranches d'âge 15-19, 20-24, ..., 45-49, respectivement.

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988.

### Données nécessaires

Spectre courant des taux de fécondité par âge (TFA) pour des groupes d'âges d'un ou de cinq ans.

### Source(s) de données

Statistiques d'état civil (pour le numérateur seulement), recensements de la population ou enquêtes sur la population.

### Buts et questions

L'ISF est la mesure de la fécondité la plus utilisée dans les évaluations d'impact de programme et ce, pour deux grandes raisons: (1) il n'est pas affecté par des différences ou des changements dans la composition par âge et par sexe et (2) il fournit une mesure de fécondité hypothétique achevée aisément comprise.

Bien que dérivé du TFA, taux de fécondité sur une période spécifiée ou fécondité du moment, l'ISF est une mesure du niveau anticipé d'une fécondité achevée par femme (ou pour 1 000 femmes) si, tout au long des années de fécondité, elles avaient des enfants en fonction du TFA. Il convient de souligner que l'ISF n'est qu'une mesure hypothétique d'une fécondité achevée. Il est donc possible que le nombre d'enfants que l'on observera à n'importe quel moment dans le futur divergera considérablement de la prévision que représente l'ISF, si des variations du TFA devaient être notées au cours du temps, que ce soit à la hausse ou à la baisse.

Puisque l'ISF est basé sur le TFA, les commentaires et les mises en garde concernant le TFA s'appliquent également à l'ISF, notamment en ce qui concerne les relations entre méthodes de calcul et sources de données, les effets de variations des risques de grossesse et les conséquences de la prise en compte, respectivement, des femmes couramment mariées uniquement ou de toutes les femmes en âge de procréer. Tout comme un TFA, l'ISF peut être calculé pour des femmes qui sont restées mariées ou en union tout au long de la période de référence afin d'atténuer les éventuels effets interférents des variations d'exposition au risque de grossesse (à noter que ces différences doivent être associées à la situation matrimoniale pour qu'il y ait risque d'interférence). Cette mesure est connue sous le nom d'Indice de fécondité synthétique maritale (IFSM). Les détails fournis sur les données nécessaires au calcul des taux de fécondité maritale par âge (TFMA) s'appliquent de la même façon au calcul de l'IFSM.

Notons également que si la fourchette d'âge standard se laquelle se base l'ISF couvre la plage de 15 à 49 ans, il arrive parfois que des ISF soient calculés pour d'autres groupes d'âges (par exemple, 15 à 34 ans), par exemple, dans le but de minimiser les effets de troncature lors d'examen de tendances au sein d'une cohorte, à partir de données de chronologies de naissances (voir n'importe quel rapport d'EDS comme illustration).

## **NAISSANCES EVITEES (PAR LE PROGRAMME)**

### **Définition**

Nombre de naissances qui n'ont pas eu lieu pendant une période de référence spécifiée, en raison des effets du programme (services et changements d'attitudes).

Le nombre de naissances évitées pendant une période spécifiée est égal à la différence entre la fécondité potentielle et la fécondité observée pendant cette période. La fécondité potentielle est définie comme étant le niveau de fécondité auquel on aurait assisté pendant la période de référence en l'absence du programme de planification familiale.

### **Données nécessaires**

Note: les données nécessaires et les sources de données sont indiquées ci-après pour la méthode utilisée le plus souvent pour les estimations des naissances évitées: la méthode de prévalence. Le lecteur est prié de se rapporter à la série de manuels des Nations Unies consacrée aux méthodes de mesure d'impact sur la fécondité des programmes de planification familiale pour les détails relatifs au calcul et d'autres méthodes pouvant être utilisées pour calculer les naissances évitées (Nations Unies, 1979, 1982, 1985, 1986).

Méthode de prévalence:

- ◆ estimations du taux de prévalence de la contraception (TPC) chez des femmes mariées au moment de l'enquête (voir Chapitre VIII pour des détails concernant les calculs) et le TFA pour une période de référence commune;
- ◆ nombre de femmes en âge de procréer dans des groupes d'âges quinquennaux;
- ◆ taille de la population totale recensée ou estimée; et
- ◆ données sur les taux de continuité et l'utilisation-efficacité (facultatif: si des données spécifiques à un pays ne sont pas disponibles, on peut utiliser des valeurs types). Voir références citées ci-dessus pour des détails complémentaires.

### **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

### **But et questions**

L'indicateur des naissances évitées fournit une mesure attirante du point de vue conceptuel de l'impact des programmes de planification familiale sur la fécondité: le nombre de naissances qui n'ont pas eu lieu, durant une période de référence donnée, suite aux efforts déployés par le programme de planification familiale. La mesure se fonde sur une comparaison entre la fécondité

observée pendant une période de référence donnée et la "fécondité potentielle", c'est-à-dire le niveau de fécondité auquel on aurait pu assister en l'absence du programme de planification familiale.

Chacune des méthodes de mesure de l'impact d'un programme sur la fécondité dont il est question dans l'introduction au présent chapitre peut être utilisée pour estimer les naissances évitées. Les principales différences entre les diverses méthodes se situent au niveau des hypothèses sous-jacentes et des procédures utilisées pour calculer la fécondité potentielle. La fécondité potentielle peut être estimée à partir des: (1) niveaux de fécondité précédents des clientes du programme, (2) niveaux de fécondité dans la population totale étudiée ou (3) estimations de la "fécondité naturelle", c'est-à-dire le niveau de fécondité auquel on assisterait au sein de la population étudiée en l'absence de toute régulation des naissances (programme ou hors-programme).

Plusieurs difficultés compliquent le calcul de la fécondité potentielle. Un des problèmes concerne la prise en compte de la substitution de sources d'approvisionnement hors-programme aux sources d'approvisionnement du programme. En effet, il est nécessaire de tenir compte du fait que certaines utilisatrices de la contraception qui dépendent des sources d'approvisionnement du programme auraient utilisé des sources d'approvisionnement hors-programme en l'absence dudit programme, d'où une fécondité moindre que celle escomptée s'il n'y avait pas d'autres sources d'approvisionnement. Par conséquent, il faut faire une distinction entre fécondité potentielle brute qui est définie comme étant le niveau de fécondité qui existerait si toute l'utilisation de la contraception du programme était éliminée et s'il n'y avait pas de fréquentation de sources hors-programme (ou aucune autre source d'approvisionnement disponible) et la fécondité potentielle nette définie comme étant le niveau de fécondité qui existerait si l'on tenait compte de la substitution de sources hors-programme aux sources de programme. Dans la plupart des cas, la fécondité potentielle nette se situera entre les niveaux de fécondité observés et la fécondité potentielle brute puisque, normalement, dans la plupart des contextes, il existe d'autres sources d'approvisionnement (Bongaarts, 1985). Par conséquent, la mesure des naissances évitées par un programme de planification familiale doit tenir compte du fait que toutes les naissances évitées par suite de la contraception pendant une période donnée ne sont pas forcément imputables au programme.

Une autre question concerne l'effet "catalyseur" possible des programmes, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les programmes d'IEC et autres efforts connexes influencent la fécondité des femmes et des couples qui ne sont pas parmi les clientes des programmes, par exemple, par le biais du changement d'attitudes et/ou d'utilisation d'un moyen de contraception fourni par des sources ne faisant pas partie du programme.

Chacune des approches pour calculer la fécondité potentielle est, à certains égards, problématique. Par conséquent, les estimations sur les naissances évitées devraient être interprétées au regard des hypothèses sous-jacentes à la méthode utilisée pour arriver à des estimations de la fécondité potentielle. Nous recommandons au lecteur de consulter la série de manuels des Nations Unies susmentionnés afin d'obtenir des informations plus détaillées sur les hypothèses et les limitations correspondant à chaque méthode de calcul des naissances évitées.

Parmi les différentes méthodes permettant de calculer les naissances évitées, la méthode de la prévalence semblerait avoir un avantage puisqu'elle ne demande que des estimations de la prévalence de la contraception (de préférence par source d'approvisionnement de programme/hors-programme) et des taux de fécondité par âge marital dans des contextes où les paramètres du modèle de la méthode sont raisonnables (ce qui semblerait couvrir la plupart des situations pratiques). Toutefois, il convient de noter qu'il n'est pas toujours facile de séparer la contraception du programme et celle hors-programme dans les données des enquêtes puisque certaines utilisatrices risquent de ne pas savoir s'ils s'approvisionnent ou non auprès du programme.

Un exemple de calcul des naissances évitées en utilisant la méthode de la prévalence est donné à droite.

### Exemple de calcul

Estimations des naissances évitées par âge, par le programme de planification familiale tunisien, 1978-79, en utilisant la méthode de la prévalence.

$$NE_a = (FP_a - FA_a) POP_a$$

$$NEN_a = (FN_a - FP_a) POP_a$$

où:

$NE_a$  = naissances évitées chez les femmes couramment mariées ou en union dans un groupe d'âges  $a$  suite à la contraception du programme,

$NEN_a$  = naissances évitées chez les femmes couramment mariées ou en union dans un groupe d'âges  $a$  suite à la contraception hors-programme,

$FN_a$  = niveau estimé de fécondité naturelle;  $FN_a = FA_a / [1 - C_a(u'_a + u''_a)]$ ,

$FP_a$  = niveau estimé de fécondité potentielle  $FP_a = FA_a / (1 - C_a \times u''_a) / [1 - C_a(u'_a + u''_a)]$ ,

$u'_a$  = prévalence de la contraception du programme chez les femmes couramment mariées ou en union dans le groupe d'âges  $a$ ,

$u''_a$  = prévalence de la contraception hors-programme chez les femmes couramment mariées ou en union dans le groupe d'âges  $a$ ,

$FA_a$  = taux de fécondité marital par âge pour le groupe d'âges  $a$ ,

$POP_a$  = nombre de femmes dans le groupe d'âges  $a$ , et

$C_a$  = coefficient d'élasticité pour le groupe d'âges  $a$  (voir tableau type ci-après)

Groupe d'âges                      Coefficient

15-19	0,620
20-24	0,620
25-29	0,823
30-34	0,940
35-39	1,022
40-44	1,309
45-49	1,898

Source de données: Bongaarts (185:101)

**Prévalence de la contraception liée et non liée au programme, taux de fécondité observée, taux de fécondité naturelle et taux de fécondité potentielle brute, par groupe d'âges, Tunisie**

(Prévalence en pourcentage; taux de fécondité pour 1 000)

Groupe d'âge	Prévalence de:				
	Contraception de programme	Contraception hors-programme	Taux de fécondité observée	Taux de fécondité naturelle	Taux de fécondité potentielle brute
	1978 $u'_a$	1978 $u''_a$	1979 $FA_a$	1979 $FN$	1979 $FP_a$
a					
15-19	4	2	35,3	36,9	36,4
20-24	8	4	216,2	233,6	227,8
25-29	15	7	273,8	334,3	315,1
30-34	24	7	235,4	332,2	310,4
35-39	28	5	190,3	287,1	272,5
40-44	27	4	85,0	143,1	135,6
45-49	20	1	23,4	38,9	38,2

**Effets sur la fécondité brute et naissances brutes évitées par la contraception, liée et non liée au programme, par groupe d'âges, Tunisie, 1979**

Groupe d'âges	Population féminine, 1979 $POP_a$ (milliers)	Effet sur la fécondité brute de la:		Naissances brutes évitées par:	
		Contraception de programme	Contraception hors-programme	Contraception de programme	Contraception hors-programme
		$FP_a - FA_a$ (pour 1000)	$FNa - FP_a$ (pour 1000)	$NE_a$	$NEN_a$
a					
15-19	347,6	10	5	313	171
20-24	292,2	23	11	3 390	1 695
25-29	218,5	53	25	9 024	4 195
30-34	145,1	95	28	10 883	3 163
35-39	154,7	89	16	12 716	2 259
40-44	149,8	65	10	7 850	1 124
45-49	130,3	17	1	1 929	91
TOTA	-	-	-	45 835	12 701
L					

Source de données: adapté de Jemai (1985)

## TAUX DE FECONDITE PAR PARITE

### Définition

Nombre de naissances de parité "i" pendant une année ou une période de référence donnée pour 1 000 femmes en âge de procréer.

La fécondité par parité est calculée de la manière suivante:

$$\text{TFPi} = (\text{Ni} / \text{E}_{f,15-49}) * 1\ 000$$

où:

$\text{TFP}_i$  = taux de naissance de parité  $i$  par 1 000 femmes en âge de procréer,

$\text{N}_i$  = nombre de naissances de parité  $i$  pendant une année ou une période de référence donnée, et

$\text{E}_{f,15-49}$  = nombre de personnes-années vécues pendant la période de référence par les femmes âgées de 15 à 49 ans.

### Exemple de calcul

Taux de fécondité par parité, Ghana, période 1985-1988.

Parité naissances	$\text{N}_i$	Personnes-années d'exposition $\text{E}_a$	Taux/1 000 personnes-années
1	524	13523,6	38,9
2	485	13523,6	35,9
3	437	13523,6	32,3
4	334	13523,6	24,7
5	319	13523,6	23,6
6	238	13523,6	17,6
7	160	13523,6	11,8
8+	272	13523,6	20,1
Total	2 769		

Source de données: Enquête démographique et de santé du Ghana, 1988.

### Données nécessaires

Nombre total de naissances pendant une période de référence donnée classées par parité.

Nombre moyen de femmes en âge de procréer pendant la période de référence.

### Source(s) de données

Statistiques d'état civil (si l'information sur la parité est notée), recensements de la population ou enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Le taux de fécondité par parité fournit une mesure de la fécondité différentielle par parité. Il est utilisé principalement pour examiner la fréquence relative des naissances de parités différentes et les variations de ces fréquences au cours du temps. La distribution des naissances par parité présente un intérêt pour plusieurs raisons dans l'optique du suivi et de l'évaluation du programme. Premièrement, vu que les décisions d'avoir d'autres enfants ou de limiter les naissances se rapportent très souvent à la parité, il est probable que les naissances non voulues tendront à se concentrer dans les naissances à parité élevée (voir Chapitre V pour les définitions de naissances "souhaitées" et "non souhaitées").

Deuxièmement, les naissances de parité élevée (y compris la primiparité) sont associées à des risques pour la santé maternelle et infantile plus élevés que les naissances d'ordre inférieur (National Research Council, 1989). Aussi, des diminutions dans les taux de naissance pour des parités plus élevées montrent que le programme de planification familiale permet aux femmes ou aux couples de mieux réguler la fécondité non souhaitée et/ou de minimiser l'incidence des grossesses à "hauts risques" (en fonction de leur parité élevée).

Troisièmement, certains chercheurs ont suggéré qu'une diminution de la fécondité secondaire à l'emploi d'une méthode de contraception devrait transparaître de manière plus évidente à l'examen des taux de fécondité par parité qu'à celui des mesures concernant toutes les femmes en âge de procréer (tel que c'est par exemple le cas pour l'ISF) (Ryder, 1982; Srinivasan et Freymann, 1989). Aussi, se pourrait-il que des mesures par parité répondent mieux ou soient plus sensibles au changement de fécondité que des mesures classiques du niveau de fécondité, bien qu'il faille faire davantage de recherche sur ce thème.

Enfin, l'indicateur est également utile aux fins de suivi et d'évaluation de programmes dont les objectifs sont explicitement basés sur la parité, par exemple, des programmes visant à diminuer l'incidence des grossesses chez des femmes à parité élevée (par exemple, parité de 5 et au-dessus) ou les programmes ayant des buts bien précis du point de vue de la "taille idéale de la famille" (par exemple, familles de 2 enfants).

Les sources de données et les caractéristiques des questions de recensement ou d'enquête concernant cet indicateur sont plus ou moins les mêmes que celles considérées dans l'estimation du taux de fécondité par âge. Cependant, la notification de la parité des naissances ayant lieu pendant la période de référence spécifiée dans les registres d'état civil ou dans des dossiers cliniques ou encore dans les questionnaires de recensement et d'enquête constitue une exigence supplémentaire. Lorsqu'on utilise des données d'état civil ou des dossiers cliniques, il convient de savoir que, vu que toutes les naissances ne sont pas notées par ces systèmes, les mesures fondées sur ces sources de données risquent de ne pas brosser un tableau exact des tendances au sein de la population entière.

Des versions plus sophistiquées des mesures basées sur la parité ont pour dénominateur, soit le nombre de femmes de parité (i-1) au début de la période de référence spécifiée, soit le nombre de personnes-années vécues à la parité (i-1) pendant l'intervalle de référence spécifié. Ces indicateurs dont le ratio de progression de parité (Lutz, 1990; Ryder, 1982) est un exemple fournissent une mesure de la probabilité de transition d'une parité à la suivante (c'est-à-dire, de la parité i-1 à la parité i) pendant la période spécifiée. Ces mesures ne sont pas représentées ici car elles (1) exigent des échantillons très importants pour arriver à des estimations fiables et (2) demandent l'application de méthodes analytiques (par exemple, les méthodes fondées sur les tables de mortalité) qui n'entrent pas dans la portée du présent manuel.

## PROPORTION DE NAISSANCES SUPERIEURES (OU INFERIEURES) A UNE PARITE SPECIFIEE

### Définition

Proportion de naissances ayant lieu pendant une période de référence donnée qui sont supérieures (ou inférieures) à une parité spécifiée (par exemple, la proportion de naissances de parité 5 ou au-delà).

L'indicateur est calculé de la manière suivante:

$$\text{ORDGE}_{(i)} = \text{NGE}_{(i)} / \text{N}$$

où:

$\text{ORDGE}_{(i)}$  = Proportion de naissances de parité  $i$  ou supérieure pendant une période de référence donnée,

$\text{NGE}_{(i)}$  = nombre de naissances de parité  $i$  ou supérieure, et

$\text{N}$  = nombre total de naissances pendant la période de référence (toutes parités confondues).

Note: la proportion de naissances inférieures à une parité spécifiée est calculée de la même manière, en remplaçant  $\text{NLE}_{(i)}$  par  $\text{NGE}_{(i)}$ ; le nombre de naissances de parité inférieure à la parité spécifiée.

### Exemple de calcul

Proportion de naissances de parité 5 et plus, pendant la période 1985-88 au Ghana, (données obtenues à partir de la distribution des naissances par parité présentée dans l'exemple de calcul de l'indicateur précédent).

$$\begin{aligned} \text{ORDGE}_{(i)} &= \text{NGE}_{(i)} / \text{N} \\ &= 989 / 2\,769 = 35,7 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988.

### Données nécessaires

Nombre total de naissances pendant une année ou une période de référence donnée, classées par parité.

## Source(s) de données

Statistiques d'état civil (si l'information sur la parité est notée), données des dossiers cliniques (par exemple, données sur les parités des naissances avec présence de personnel médical) ou enquêtes sur la population.

## Buts et questions

Cet indicateur a été proposé comme une autre possibilité que la mesure de fécondité par parité. Un de ses avantages se situe au niveau de son interprétation plus simple, à savoir en tant que chiffre unique plutôt que d'une série de taux par parité.

L'indicateur a été utilisé de plusieurs manières différentes aux fins de suivi et d'évaluation du programme. Une des utilisations principales est de montrer dans quelle mesure le programme réussit à diminuer la fréquence relative de naissances supérieures à la parité que s'est fixée un programme. On utilise surtout l'indicateur de cette manière puisque des grossesses au-delà de la parité 5 sont associées à de plus grands risques de santé maternelle et infantile (National Research Council, 1989). Par conséquent, l'indicateur permet de voir si le programme donne aux femmes et aux couples les moyens d'éviter des grossesses qui mettent en danger la santé de la mère et des enfants.

D'autres chercheurs ont utilisé cet indicateur de manière plus "démographique," c'est-à-dire en tant que mesure supplétive des mesures classiques de fécondité axées sur la population (par exemple, l'ISF). Cette utilisation de l'indicateur part du principe que la diminution de la fécondité devrait être reflétée par des diminutions de la proportion de naissances de parité élevée ou alors par des proportions croissantes de naissances de faible parité. Ces projections se vérifient dans le cadre de deux études récentes. Par exemple, l'étude en Thaïlande démontre de solides corrélations négatives au niveau province entre la proportion de naissances enregistrées de parité 1 et 2 et le TBN, l'ISF et le TPC (Prasartkul et al., 1987). De même, une étude récente faite dans trois pays en fonction de données d'enquête démontre une forte corrélation entre la proportion de naissances d'ordre supérieur, égal à 5 ou au-delà et l'ISF (Srinivasan et al., 1992). Toutefois, il convient de reconnaître qu'il est possible d'observer une diminution dans la proportion de naissances d'un ordre plus élevé, tout simplement suite à un accroissement temporaire dans le nombre de naissances d'un ordre plus faible lié à des changements dans la distribution des âges ou des modes maritaux. Par conséquent, l'indicateur doit être interprété en tenant compte de cela.

Tel que noté auparavant, certains chercheurs ont indiqué que les indicateurs par parité pourraient être plus sensibles à des changements à court terme dans le comportement procréateur que des mesures de fécondité conventionnelles bien qu'il faille faire une recherche supplémentaire sur cette question (Ryder, 1982; Srinivasan et Freymann, 1989).

L'ORDGE peut être estimé à partir des mêmes sources de données que des mesures conventionnelles de la fécondité. Toutefois, le calcul à partir de données d'état civil demande que l'ordre des naissances enregistrées soit inscrit dans les registres.

Etant donné que l'ORDGE peut être calculé à partir de données d'état civil ou de dossiers cliniques, il peut être utilisé aux fins de suivi dans des situations où l'on ne dispose pas de comptes fiables de la population ni d'estimations pour les mesures conventionnelles de la fécondité (par exemple, dans les analyses de type "numérateur seulement"). Cette caractéristique est tout particulièrement utile pour suivre les tendances dans les petites zones géographiques. Toutefois, il convient d'interpréter avec circonspection ces données puisqu'elles ne se rapportent qu'aux femmes dont les naissances figurent dans les systèmes de collecte de données des établissements sanitaires. Dans la mesure où ces femmes représentent un groupe sélectif de femmes accouchant pendant une année particulière, les conclusions concernant les niveaux et les tendances de l'indicateur risquent de ne pas être valides pour des populations nationales.

## PROPORTION DE NAISSANCES OBSERVEES CHEZ LES FEMMES D'UN AGE SUPERIEUR OU INFERIEUR A UNE VALEUR SPECIFIEE

### Définition

Proportion de naissances enregistrées chez les femmes d'âge supérieur ou inférieur à un âge spécifié (par exemple, au-dessus de 35 ans ou en dessous de 20 ans), au cours d'une année ou d'une autre période de référence.

Cet indicateur est calculé de la manière suivante:

$$\text{PNLT20} = \text{N}_{\text{LT20}} / \text{N}$$

où:

**PNLT20** = proportion de naissances pendant une année ou une période de référence chez des femmes de moins de 20 ans,

**N<sub>LT20</sub>** = nombre de naissances pendant la période de référence spécifiée chez des femmes de moins de 20 ans, et

**N** = nombre total de naissances pendant la période de référence donnée.

Note: l'indicateur de naissances au-delà de 35 ans serait calculé de manière analogue mais on substitue le nombre de naissances chez des femmes âgées de 35 ans et plus dans le numérateur de la mesure.

### Exemple de calcul

Proportion de naissances pendant la période 1985-88 chez des femmes âgées de moins de 20 ans et de 35 ans ou plus, Ghana.

PNLT20	=	$\text{N}_{\text{LT20}} / \text{N}$	PNGE35	=	$\text{N}_{\text{GE35}} / \text{N}$
	=	351 / 2 769		=	455 / 2 679
	=	12,7%		=	16,4%

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988.

### Données nécessaires

Nombre total de naissances pendant une année ou une période de référence donnée, classées par âge maternel.

## Source(s) de données

Statistiques d'état civil (avec des informations sur l'âge maternel), données des formations sanitaires (par exemple, dossiers sur les accouchements), recensements de la population ou enquêtes sur la population.

## Buts et questions

Cet indicateur fournit une mesure de la fréquence relative des naissances pendant une période de référence donnée pour des femmes qui sont jugées "trop jeunes" ou "trop vieilles" pour avoir des enfants. La question de l'âge maternel comporte plusieurs dimensions. En premier lieu, le fait d'avoir des enfants à moins de 20 ans (certains placeraient cet âge à 18) ou à plus de 35 ans fait courir plus de risques aux femmes et aux enfants (National Research Council, 1989). Aux fins de suivi et d'évaluation du programme, cet indicateur fournit une mesure montrant si le programme a réussi à motiver les femmes pour qu'elles évitent les grossesses à hauts risques par suite de l'âge maternel et s'il leur a fourni les services contraceptifs nécessaires pour leur donner les moyens d'éviter ces risques.

La seconde préoccupation est de nature démographique. Il existe d'amples faits montrant qu'un âge moyen jeune au moment de la première naissance est fortement lié à une fécondité plus élevée. Par conséquent, diminuer les proportions de naissances chez des femmes jeunes signifie faire augmenter l'âge au moment de la première naissance.

En outre, une étude récente démontre l'utilité d'une autre spécification de l'indicateur, à savoir la proportion de naissances chez des femmes de moins de 35 ans comme simple mesure de l'importance de la régulation des naissances au sein de populations nationales (Anderson et Silver, 1992).

L'indicateur est de plus en plus utilisé depuis quelques années en raison de la disponibilité de l'information nécessaire à son calcul aussi bien dans les dossiers médicaux de nombreux programmes de santé maternelle et infantile que dans les statistiques d'état civil, les recensements de la population ou les enquêtes par sondage. L'indicateur convient tout particulièrement aux programmes de planification familiale dont les objectifs ciblent explicitement la santé maternelle et infantile. Il est parfois utilisé dans le calcul d'un indicateur composite des naissances à hauts risques en tenant compte de l'âge maternel, de la parité et des longueurs des intervalles intergénéraliques.

Vu que l'indicateur peut être calculé à partir des données provenant des formations sanitaires, il peut être utilisé dans les analyses "à numérateur seulement". Les limitations de ces analyses ont déjà été exposées auparavant. Tel que noté pour l'indicateur précédent, il faut reconnaître que les diminutions de la proportion de naissances chez des femmes plus jeunes (ou plus âgées) pourraient entraîner des accroissements du nombre de naissances observées chez les femmes appartenant aux autres tranches d'âges. Il convient de se rappeler de cela lorsqu'on interprète l'indicateur.

## DUREE MEDIANE DES INTERVALLES INTERGENESIQUES

### Définition

Mesure d'intervalle ouvert: nombre médian de mois entre une date de référence spécifiée (par exemple, la date d'une enquête) et la dernière naissance chez des femmes qui ont eu une ou plusieurs naissances.

Mesure d'intervalle fermé: nombre médian de mois séparant les naissances successives chez les femmes avec deux naissances ou plus.

Les deux indicateurs sont calculés de la manière suivante:

$$\text{MEDIANE} = L + [(50 - f_c / f) * i]$$

où:

**L** = véritable limite inférieure de l'intervalle de classe où est située la médiane,

**50** = observation du percentile 50,

**f<sub>c</sub>** = fréquence cumulée jusqu'à l'intervalle de classe médian,

**f** = fréquence au sein de l'intervalle de classe médian, et

**i** = largeur de classe.

Note: la formule ci-dessus doit être utilisée avec des données groupées contenant les fréquences par classe, exprimée sous forme de pourcentage. Pour des données non groupées, la médiane est la valeur de l'observation tombant exactement au cinquantième percentile de la distribution des observations.

### Exemple de calcul

Estimation de la longueur médiane des intervalles intergénésiques ouverts chez des femmes actuellement mariées ou en union, Ghana, 1988.

Mois depuis la dernière naissance	f (pourcentage)	f <sub>c</sub> (pourcentage)
7-17	7,1	7,1
18-23	11,0	18,1
24-36	39,4	57,5
37-47	20,9	78,4
48+	21,6	100,0

$$\begin{aligned}
 \text{MEDIAN} &= L + [(50-fc / f) * i] \\
 &= 24 + [(50-18,1 / 39,4) * 12] \\
 &= 33,7
 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988.

### **Données nécessaires**

Mesure d'intervalle ouvert: distribution de femmes, couramment mariées ou en union, ayant eu une ou plusieurs naissances, par nombre de mois depuis la dernière naissance.

Mesure d'intervalle fermé: distribution des naissances survenues pendant une période de référence spécifiée (par exemple, trois à cinq ans avant une enquête) et observées chez les femmes ayant eu deux enfants ou plus, par nombre de mois séparant deux naissances successives.

### **Source(s) de données**

Mesure d'intervalle ouvert: enquêtes sur la population.

Mesure d'intervalle fermé: statistiques d'état civil, données provenant de formations sanitaires (pour autant que la date de la naissance précédente soit enregistrée sur le certificat de naissance courant) ou enquêtes sur la population.

### **Buts et questions**

Les mesures d'intervalles intergénésiques fournissent des informations sur une dimension de la fécondité qui n'est pas prise en compte par les mesures du niveau de fécondité: l'échelonnement ou l'espacement des naissances. Les mesures d'espacement des naissances comportent plusieurs utilisations importantes dans le cadre du suivi et de l'évaluation des programmes. Premièrement, un espacement adéquat des naissances est un élément essentiel des programmes de planification familiale qui se sont donnés des objectifs prioritaires de protection maternelle et infantile. Il faut donc des indicateurs pour suivre et évaluer dans quelle mesure les programmes arrivent à atteindre ces objectifs.

Deuxièmement, dans des sociétés où une partie importante de la demande pour la planification familiale concerne l'espacement et non la limitation des naissances (par exemple, dans un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne), les mesures d'intervalle intergénésique peuvent montrer si le programme permet bien aux femmes et aux couples de réaliser leurs préférences en matière de procréation (Voir Chapitre VI pour des détails sur la mesure de la demande pour la planification familiale).

Troisièmement, certains chercheurs ont suggéré que des changements dans la longueur des intervalles intergénésiques pourraient être un indicateur plus sensible du changement dans le comportement procréateur que des mesures de fécondité conventionnelle telles que l'ISF (Ryder,

1982; Srinivasan et Freymann, 1989). Toutefois, il convient de faire des recherches supplémentaires sur cette question.

Outre l'intérêt qu'il présente dans le cadre des problèmes d'espacement, on notera que le rythme de la fécondité (tel qu'il transparait dans la durée des intervalles séparant les naissances) influence le taux de croissance de la population indépendamment des changements de niveau de fécondité achevée et, ceci, par le biais de son effet sur la durée des générations. Toutefois, dans la plupart des cas, des intervalles intergénésiques plus longs se traduisent par une diminution de la fécondité achevée suite au temps d'exposition "perdu" pendant les années de fécondité maximales.

Il convient d'interpréter avec circonspection les durées des intervalles intergénésiques mesurées sur de longues périodes. La longueur des intervalles séparant les naissances n'est, en effet, pas toujours fortement corrélée, à long terme, avec les niveaux de fécondité achevée. Par exemple, dans des pays plus développés, la procréation est souvent confinée à une petite portion des années fécondes d'une femme avec des intervalles intergénésiques médians relativement courts (deux ou trois ans par exemple). Dans ces sociétés, les femmes et les couples réussissent à éviter les grossesses supplémentaires une fois qu'ils ont le nombre d'enfants souhaités et, partant, on observe de faibles niveaux de fécondité parallèlement à des intervalles intergénésiques relativement courts. Aussi, la compréhension de la dynamique et des implications des changements dans le temps dans les mesures d'intervalle intergénésique fermé demande qu'on tienne compte des informations sur les tendances dans l'utilisation de la contraception aux fins de limitation et d'espacement.

Les données sur les intervalles intergénésiques ouverts devraient être limitées, dans la mesure du possible, aux femmes fécondes. A l'évidence, la contribution disproportionnée d'un nombre significatif de femmes infécondes, sous forme d'intervalles longs, tend à biaiser les estimations d'intervalles médians. Dans la plupart des cas, les données sur les intervalles intergénésiques ouverts se limitent à des femmes actuellement mariées ou en union pour limiter l'univers de l'indicateur aux femmes supposées fécondes et courant le risque de tomber enceinte. Mais, tel que nous l'avons vu auparavant, une telle restriction surestimera le nombre de femmes fécondes et sous-estimera le nombre de femmes courant le risque de tomber enceinte dans des populations où une proportion importante de la procréation se fait à l'extérieur des liens du mariage.

## PROPORTION D'INTERVALLES INTERGENESIQUES OUVERTS OU FERMES D'UNE LONGUEUR SPECIFIEE OU PLUS LONGS

### Définition

Mesure d'intervalle ouvert: proportion de femmes couramment mariées ou en union dont l'intervalle intergénésique ouvert, c'est-à-dire l'intervalle entre la date de la dernière naissance et une date de référence (par exemple, la date d'une enquête) est d'une longueur spécifiée, ou plus long, par exemple, 24 mois ou plus.

Mesure d'intervalle fermé: proportion d'intervalles intergénésiques fermés (durée de la période séparant deux naissances successives) qui sont d'une longueur spécifiée ou plus longs, par exemple, 24 mois ou plus.

La mesure de l'intervalle ouvert est calculée de la manière suivante:

$$\text{OBIGE}_{(i)} = \text{NOBIGE}_{(i)} / N$$

où:

**OBIGE**<sub>(i)</sub> = proportion de femmes avec un intervalle intergénésique ouvert d'une durée de *i* mois ou plus long,

**P**<sub>OBIGE(i)</sub> = nombre de femmes avec un intervalle intergénésique ouvert d'une durée de *i* ou plus long, et

**N** = nombre total de femmes.

Note: la mesure d'intervalle fermé est calculée de manière analogue, substituant simplement des intervalles fermés à des intervalles ouverts.

### Exemple de calcul

La proportion d'intervalles intergénésiques ouverts de 24 mois ou plus chez des femmes couramment mariées ou en union, Ghana, 1988.

$$\begin{aligned} \text{OBIGE}_{(24)} &= \text{NOBIGE}_{(24)} / N \\ &= 2\,711 / 3\,310 = 81,9\% \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Ghana, 1988 (voir tabulation des intervalles intergénésiques ouverts présentée pour l'indicateur précédent).

## **Données nécessaires**

Mesure d'intervalle ouvert: distribution de femmes couramment mariées ou en union ayant eu une ou plusieurs naissances, par nombre de mois depuis la dernière naissance.

Mesure d'intervalle fermé: distribution des naissances pendant une période de référence spécifiée (par exemple, trois à cinq ans avant une enquête) par nombre de mois séparant cette naissance de la naissance précédente chez des femmes ayant eu deux naissances ou plus.

## **Source(s) de données**

Mesure d'intervalle ouvert: enquêtes sur la population.

Mesure d'intervalle fermé: statistiques d'état civil et données provenant des formations sanitaires (où on a noté la date de la naissance précédant la naissance enregistrée) ou enquêtes sur la population.

## **Buts et questions**

Cet indicateur a été proposé comme une autre possibilité que celle des durées médianes d'intervalles intergénésiques en tant que mesure du rythme ou de l'espacement des naissances. Ses principaux atouts résident dans son interprétation plus simple et dans son utilité lors des analyses dites "à numérateur seulement".

Cet indicateur est utilisé principalement lors de l'évaluation de programmes de planification familiale ayant pour objectif explicite l'espacement des naissances. Il s'agit par exemple de programmes dont le but est de diminuer l'incidence des intervalles intergénésiques courts (ceux de moins de 18 ou 24 mois). Il existe d'amples faits empiriques liant des intervalles intergénésiques courts à un risque accru de mortalité infantile (National Research Council, 1989). Dans l'optique de l'évaluation de programme, l'OBIGE permet d'estimer dans quelle mesure un programme minimise l'incidence des intervalles intergénésiques courts par le biais d'une contraception post-partum.

Outre cette utilisation, une étude récente faite auprès de plusieurs pays dégage des preuves empiriques de l'association entre l'indicateur présent et les mesures conventionnelles de fécondité du moment (Srinivasan et al., 1992). L'étude note une forte corrélation négative (environ 0,86) entre la proportion d'intervalles intergénésiques ouverts de 24 mois ou plus longs et l'ISF. Une corrélation plus faible, mais qui n'en reste pas moins significative, a été constatée dans le cadre de la même étude entre la proportion des derniers intervalles intergénésiques fermés de 24 mois ou plus et l'ISF.

Lorsqu'une enquête par sondage fournit des données sur la chronologie des naissances, il est possible de définir une autre spécification de la chronologie fermée des naissances: la proportion de tous les intervalles intergénésiques fermés durant une période de référence spécifiée (par exemple, les trois à cinq ans précédant l'enquête) dont la longueur est égale ou

supérieure à une longueur spécifiée.

## INDICE SYNTHETIQUE DE FECONDITE NON SOUHAITEE (ISFN)

### Définition

Nombre d'enfants souhaités qu'aurait eu une femme (ou 1 000 femmes) si, durant leurs années fécondes, elles avaient eu des enfants correspondant au calendrier courant de fécondité non souhaitée.

Pour cet indicateur, "naissances non souhaitées" est défini comme le complément des "naissances souhaitées", concept défini en relation avec l'indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS) (voir Chapitre V).

L'ISFN est calculé de la manière suivante:

$$\begin{aligned} \text{ISFS} &= 5 (B_{a,u} / E_a), \text{ ou} \\ &= \text{ISF} - \text{ISFS} \end{aligned}$$

où:

$B_{a,u}$  = nombre de naissances non souhaitées chez les femmes du groupe d'âges  $a$  pendant une année ou une période de référence donnée

$E_a$  = nombre de personnes-années vécues par les femmes du groupe d'âges  $a$  pendant la période de référence,

ISF = indice synthétique de fécondité pour une année ou une période de référence donnée, et

ISFS = indice synthétique de fécondité souhaitée (voir description de cet indicateur au chapitre V).

### Exemple de calcul

Estimation de l'ISFN pour des femmes âgées de 15 à 44 ans pendant les 36 mois avant l'enquête, Nord-Est du Brésil, 1991.

$$\begin{aligned} \text{ISFN} &= \text{ISF} - \text{ISFS} \\ &= 3,66 - 2,13 \\ &= 1,53 \end{aligned}$$

Source de données: Enquête démographique et de santé au Brésil, 1991. Cf. Chapitre V pour des détails de calcul sur l'ISFS en général et les calculs pour le Nord-Est du Brésil en particulier.

## **Données nécessaires**

Réponses aux questions d'enquête par âge de femme, concernant:

- ◆ les nombres et les dates des naissances pendant une période récente (généralement, les deux à cinq ans avant une enquête);
- ◆ le nombre désiré d'enfants ou la taille de la famille (voir Chapitre V);
- ◆ le nombre d'enfants qui survivent; et
- ◆ le souhait d'avoir d'autres enfants (voir Chapitre V).

## **Source(s) de données**

Enquêtes sur la population.

## **Commentaires et mises en garde**

L'ISFN est une mesure hypothétique du nombre moyen de naissances "non souhaitées" qu'une femme (ou une cohorte de femmes) aurait eu pendant sa vie féconde si elle suivait les calendriers courants de la fécondité "non souhaitée." Etant donné que l'aspect souhaité des naissances se fonde sur les préférences en matière de procréation ou la demande d'enfants (voir Chapitre V), l'indicateur fournit une mesure directe de l'impact du programme de planification familiale montrant si les femmes et les couples sont en mesure d'atteindre leurs buts procréateurs (c'est-à-dire, éviter des grossesses non souhaitées).

Dans l'exemple du calcul pour le Brésil, l'estimation de 1,5 indique que des femmes, au Nord-Est du Brésil, auraient en moyenne 1,5 naissance non souhaitée tout au long de leur vie féconde si les taux courants de fécondité par âge et de la demande d'enfants s'appliquaient à toutes les années fécondes des femmes en âge de procréer au moment de l'EDS de 1991. Cette estimation suggère que les préférences en matière de fécondité sont loin d'être satisfaites.

Les naissances non souhaitées dans le présent indicateur sont le complément arithmétique des naissances "souhaitées," telles que définies au Chapitre V, par rapport à l'indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS). Les autres définitions de naissances souhaitées notées par rapport à l'ISFN peuvent également s'appliquer au présent indicateur.

## **Chapitre X**

### **Etapes futures**

- ◆ Inclusion de mesures d'impact autres que la fécondité
- ◆ Perfectionnement des indicateurs dans les domaines fonctionnels
- ◆ Inclusion des indicateurs de coût
- ◆ Inclusion d'indicateurs pour des programmes axés sur des publics spéciaux
- ◆ Mise au point des règles de quantification des indicateurs
- ◆ Inclusion d'indicateurs de l'institutionnalisation et de la viabilité

## **ELABORATION D'INDICATEURS POUR L'EVALUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE: ETAPES FUTURES**

Le présent manuel est un inventaire des indicateurs qui peuvent être utilisés pour évaluer des programmes de planification familiale sous l'angle processus et sorties (en utilisant des données des programmes) et des effets (en utilisant des données basées sur la population). Dans la présente première édition du manuel, nous avons inclus les indicateurs utilisés actuellement ou ceux pour lesquels il existe un certain consensus. Les thèmes qui seront davantage élaborés dans la seconde édition prévue pour 1995 touchent aux aspects suivants.

### **Inclusion de mesures de l'impact autres que la fécondité**

L'édition actuelle du manuel s'attache à la fécondité comme étant l'effet final escompté des programmes de planification familiale. De fait, ce motif a été au centre même de la promotion de la planification familiale dans de nombreux pays en développement du monde entier.

Toutefois, la fécondité n'est pas la seule raison de la promotion de la planification familiale. Il existe de plus en plus de données montrant l'effet positif sur la santé maternelle et infantile suite: (a) à des intervalles intergénéraliques plus longs, (b) au fait d'éviter les naissances à moins de 20 ans et à plus de 35 ans et (c) au fait d'éviter les naissances à parité élevée (National Research Council, 1989). De plus, la capacité à réguler sa fécondité est vue comme un droit humain fondamental qui est tant un déterminant qu'une conséquence du statut des femmes dans un pays donné. Les bailleurs de fonds, les décideurs et les responsables des programmes accordent de plus en plus d'attention aux effets liés à la santé, au statut de la femme et aux droits en matière de procréation, thèmes qui seront couverts dans la seconde édition du manuel.

### **Perfectionnement des indicateurs dans les domaines fonctionnels**

Tel que mentionné au Chapitre I, une série de Groupes de travail a été organisée dans le cadre du Projet EVALUATION pour élaborer et tester des listes d'indicateurs dans les domaines fonctionnels dont il est question dans le présent Manuel. Leurs travaux sont reflétés dans les Chapitres II à IV de ce Manuel.

Mais une grande partie du travail est toujours en cours. Les réunions de ces groupes ont pris du retard, de sorte à ce que certains sont plus avancés que d'autres (un fait lié au calendrier des réunions et non à la productivité des groupes).

Seuls deux Groupes de travail (formation et produits et logistique) ont fini la première étape du processus: l'élaboration d'une liste d'indicateurs pour le domaine fonctionnel. Mais il faut encore tester ces indicateurs au niveau terrain. Le Groupe de travail sur la prestation de services a élaboré les indicateurs pour la qualité des soins (voir Annexe C) qui en sont également à l'étape test sur le terrain. A présent, le groupe s'attache aux mesures du coût, de l'accessibilité et de l'utilisation de services. Le Groupe de travail sur la recherche opérationnelle a élaboré une première liste d'indicateurs mais doit encore se réunir pour mettre au point cette liste et établir un système pour tester les indicateurs.

Deux autres groupes (management et politiques) étaient en cours lorsque la présente édition du manuel est partie à l'impression. Aussi, les sections sur ces thèmes dans le manuel constituent-elles des avant-projets qui seront remaniés avec ces groupes et non un ensemble définitif d'indicateurs. Enfin, les Groupes de travail sur l'information, l'éducation et la communication ainsi que sur l'évaluation n'ont pas encore été mis sur pied. Les sections sur ces thèmes ont été élaborées avec l'aide de personnes occupant des positions clés en ce domaine.

En bref, le travail de mise au point et de test sur le terrain des indicateurs des différents domaines fonctionnels demandera sans nul doute des modifications aux mesures données dans cette première édition. De plus, des tests et essais complémentaires seront faits des indicateurs composites, tels que ceux décrits pour les produits et la logistique. Ces mises au point seront intégrées à la seconde édition.

### **Inclusion des indicateurs de coût**

L'absence des indicateurs de coût dans cette édition est évidente. Et pourtant, la communauté internationale de la planification familiale est de plus en plus préoccupée par les questions d'efficacité, de viabilité financière et de recouvrement des coûts. La seconde édition traitera de ces thèmes et fournira des indicateurs pour les analyses de coûts.

### **Inclusion d'indicateurs pour des programmes axés sur des publics spéciaux**

Bien qu'un certain nombre des indicateurs dans le manuel s'appliquent à des programmes axés sur des sous-groupes spécifiques (par exemple, les adolescents), la présente première édition reflète la tendance des programmes internationaux de planification familiale à prendre comme public cible les couples mariés (ou les femmes mariées). Aussi, insiste-t-on sur l'utilisation des services de planification familiale et la pratique contraceptive. La seconde édition sera de portée plus étendue et tiendra compte de groupes spéciaux.

### **Mise au point des règles de quantification des indicateurs**

Tel que mentionné au Chapitre I, l'édition actuelle ne propose pas de règles pour quantifier des indicateurs ou ensembles d'indicateurs utiles pour les composantes de l'offre de la planification familiale (par exemple, pour le contexte politique, les prestations de services et les sorties de services). Cette question sera traitée dans l'édition suivante en fonction des tests complémentaires faits, au niveau terrain, sur les indicateurs.

### **Inclusion d'indicateurs de l'institutionnalisation et de la viabilité**

Selon les pays, les programmes de planification familiale sont soit à un stade initial, soit à un stade de maturité plus avancée (Destler et al., 1990). Dans les pays qui ont des programmes de planification familiale relativement nouveaux, une grande partie de l'assistance de l'USAID est consacrée à la conception et à la mise en œuvre des programmes de planification familiale. En revanche, les programmes plus avancés accordent une plus grande importance à

l'institutionnalisation et à la viabilité.

Ensuite, la question est de savoir comment évaluer les progrès d'un programme sous l'angle institutionnalisation et viabilité. Bien que la littérature traite amplement de ces concepts, il n'existe que peu d'activités en vue de mesurer ces dimensions dans le contexte des programmes internationaux de planification familiale. Le Projet EVALUATION, de pair avec Family Health International, a organisé une réunion pour se pencher sur l'institutionnalisation de la formation dans le cadre des programmes de planification familiale. Ce compte rendu est disponible actuellement (Projet EVALUATION, 1992c). Toutefois, un travail important reste à faire dans ce domaine.

La seconde édition du manuel examinera cette question et proposera des indicateurs en vue de mesurer l'institutionnalisation et la viabilité dans le cadre des programmes internationaux de planification familiale.

## REFERENCES ET ANNEXES

- A.I.D. Equipe spéciale sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale. "Summary of Task Force Discussions and Recommendations," janvier 1987, avant-projet de rapport.
- A.I.D. Equipe spéciale sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale. "Revised CYP factors," août 1991, avant-projet de rapport.
- Anderson, B. et B. Silver. 1992. "A Simple Measure of Fertility Control," *Demography* 29, 3:343-356.
- Arnold F. et A. Blanc. 1989. *Fertility Levels and Trends*. Etudes comparatives des enquêtes démographiques et de santé No.2, Columbia, MD: Institute for Resource Development/Macro International. Inc.
- Baldwin, G. 1992. *Targets and Indicators in World Bank Population Projects*. Documents de travail pour la recherche en matière de politiques, population, santé et nutrition. Banque mondiale, Département de la population et des ressources humaines.
- Bertrand, J.T. et L.F. Brown. 1993. *Final report: Working Group on the Evaluation of Family Planning Training*. Le Projet EVALUATION, UNC-CH: Carolina Population Center.
- Blanc, A.K. et N. Rutenberg. 1990. "Coitus and Contraception: The Utility of Data on Sexual Intercourse for Family Planning Programs," *Studies in Family Planning* 22,3: 162-176.
- Blumenfeld, S.N. 1985. *Operations Research Methods: A General Approach to Primary Health Care*. Chevy Chase, Maryland: PRICOR.
- Bongaarts, J. 1978. "A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review* 4, 2: 105-132.
- Bongaarts, J. et J. Menken, 1983. "The Supply of Children: A Critical Essay." In *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. 1: 1-26. New York: Academic Press.
- Bongaarts, J. 1984. "A Simple Method for Estimating the Contraceptive Prevalence Required to Reach a Fertility Target." *Studies in Family Planning* 15, 4: 184-190.
- Bongaarts, J. 1985. "The Concept of Potential Fertility in the Evaluation of the Fertility Impact of Family Planning Programs." In *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, 40-49. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales, Nations Unies.
- Bongaarts, J. 1990. "The Measurement of Wanted Fertility," *Population and Development Review* 16,3: 487-506.

- Bongaarts, J. et G. Rodriguez 1991. "A New Method for Estimating Contraceptive Failure Rates." In *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use* des Nations Unies. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales, Nations Unies.
- Bongaarts, J. 1991a. "Do Reproductive Intentions Matter?" In *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*. Columbia, Maryland: IRD/Macro International.
- Bongaarts, J. 1991b. "The KAP-gap and the Unmet Need for Contraception." *Population and Development Review* 17,2: 293-313.
- Boulier, B. 1985. The Effects of Family Planning Programs on Fertility in the Developing World. Documents de travail de la Banque mondiale, No.677.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21, 2: 61-90.
- Bulatao, R.A. 1981. "Values and Disvalues of Children in Successive Childbearing Decisions," *Demography* 18: 1-25.
- Bulatao, R.A. et R.D. Lee. 1983. *Determinants of Fertility in Developing Countries*. New York: Academic Press.
- CEDPA et FHI. 1992. *Service Quality Assessment and Improvement Processes and Tools September 23-24*. Washington, DC.
- Centers for Disease Control. 1985. *Logistics Guidelines for Family Planning Programs*, Atlanta: Division des CDC pour la santé reproductive.
- Chandrasekaran, C. et A.I. Hermalin (eds). 1975. *Measuring the Effect of Family Planning Programs on Fertility*. Dolhain, Belgique: Ordina Editions.
- Chayovan, N., A.I. Hermalin et J. Knodel. 1984. "Measuring Accessibility to Family Planning Services in Thailand." *Studies in Family Planning* 15, 5: 201-211.
- Coeytaux, F.M., T. Kilani et M. McEvoy. 1987. "The Role of Information, Education and Communication in Family Planning Service Delivery in Tunisia." *Studies in Family Planning* 18, 4: 229-233.
- Crane, B. et J. Finkle. 1990. "The Politics of International Population Policy." In *International Transmission of Population Policy Experience*, 167-183. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales, Nations Unies.
- Demeny, P. 1988. "Social Science and Population Policy," *Population and Development Review* 14, 3: 451-470.

- Destler, H., D. Liberi, J. Smith et J. Stover. 1990. *Preparing for the Twenty-First Century: Principles for Family Planning Service Delivery in the Nineties*. Washington, DC: Division des services de planification familiale, Office de la population, Agence des Etats-Unis pour le développement international.
- Dixon-Mueller, R. et A. Germain. 1992. "Stalking the Elusive 'Unmet Need' for Family Planning." *Studies in Family Planning* 23, 5: 330-335.
- Easterlin, R.A. 1978. "The Economics and Sociology of Fertility: A Synthesis." In *Historical Studies of Changing Fertility*, Princeton: Princeton University Press.
- Elkins, H. et O.S. Nordberg. 1977. "Service Statistics: Aid to more Effective Family Planning Program Management." *Population Reports*, Series J. No. 17. George Washington University Medical Center.
- Entwisle, B. 1989. "Measuring the Components of Family Planning Program Effort." *Demography* 26, 1: 53-80.
- Espenshade, T. 1977. "The Taste for Children." *Family Planning Perspectives* 9: 40-47.
- Finkle, J. et G. Ness. 1985. *Managing Delivery Systems: Identifying Leverage Points for Improving Family Planning Program Performance*. Rapport final, Managing Delivery Systems Project, Contrat AID No. DPE-0632-C-00-3065-00.
- Fisher, A.A., J.E. Laing, J.E. Stoeckel et J.W. Townsend. 1991. *Handbook for Family Planning Operations Research Design*. New York: The Population Council.
- Fisher, A., B. Mensch, R. Miller, S. Askew, A. Jain, C. Ndeti, L. Ndhlovu et P. Tapsoba. 1992. *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*. New York: The Population Council.
- Foreit, J.R., M.E. Gorosh, D.G. Gillespie et G.C. Merritt. 1978. "Community-based and Commercial Contraceptive Distribution: An Inventory and Appraisal." *Population Reports*, Series J. No. 19. Mars: J1-J29.
- Foreit, K. 1992. "Unmet Demand for Contraception vs. Unmet Demand for Appropriate Contraception." Document présenté lors de la 120e réunion annuelle de l'Association américaine de santé publique, Washington, DC, novembre.
- Garcia-Nuñez, J. 1992. *Improving Family Planning Evaluation: A Step-by-step Guide for Managers and Evaluators*. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press, Inc.
- Gaslonde, S. et E. Carrasco. 1982. "The Impact of Some Intermediate Variables on Fertility: Evidence from the Venezuela National Fertility Survey 1977." *WFS Occasional Papers*, No. 23. Londres: Enquête mondiale sur la fécondité.

- Hauser, P.M. 1967. "Family Planning Programs and Population Programs: A Book Review Article." *Demography* 4, 1: 397-414.
- Hermalin, A.I. 1983. "Fertility Regulation and its Costs: A Critical Essay." In *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. II, 1-53. New York: Academic Press.
- Hermalin, A.I. et B. Entwisle. 1985. "Future Directions in the Analysis of Contraceptive Availability." *Comptes rendus de la Conférence internationale sur la population*, Florence, 5-12 juin 1985.
- Hermalin, A.I. et B. Entwisle. 1988. "The Availability and Accessibility of Contraceptive Services." In R.J. Lapham et W.P. Mauldin *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hermalin, A.I., A.P. Riley et L. Rosero-Bixby. 1992. "A Multi-level Analysis of Contraceptive Use and Method Choice in Costa Rica." Population Studies Center, Université du Michigan. [inédit].
- Hofstede, G. 1982. "National Cultures in Four Dimensions." *International Studies of Management and Organization*, XII 1-2: 46-74.
- Hutchings, J., G. Perkin et L. Saunders. 1987. "The Effect of Contraceptive Technology on the Program Environment." In R.J. Lapham et G.B. Simmons (ed.) *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- ICDDR, B. 1989. "Why Contraceptive Prevalence Estimates Based on Service Statistics and Sample Surveys Do Not Agree." Document de synthèse du Projet expansion MCH-FP, No.11.
- Ickis, J. 1987. "Structural Issues Related to Delivery Systems." In R.J. Lapham et G. Simmons (eds) *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jain, A. 1989. "Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Service." *Studies in Family Planning* 20, 1: 1-16.
- Jain, A (ed.), 1992. *Managing Quality of Care in Population Programs*. West Hartford: Kumarian Press.
- Jain, A, J. Bruce et B. Mensch. 1993. "Setting Standards of Quality in Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 23, 6: 392-395.
- Jejeebhoy, S. 1989. "Measuring the Quality and Duration of Contraceptive Use: An Overview of

- New Approaches." *Population Bulletin of the United Nations*, No.26.
- Jemai, Y. 1985. "Application of the prevalence model: the case of Tunisia." In *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, 234-236. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales, Nations Unies.
- Kendall, Sir Maurice. 1979. "The World Fertility Survey: Current Status." *Population Reports*, Series M. No.3.
- Kincaid, D.L., P.T. Piotrow, J.G. Rimon, B. Lozare. 1993. "Conceptual Frameworks for the Strategic Design of Health Communication Projects." Document de travail, Centre pour les programmes de communication, Département pour la dynamique de la population, Université Johns Hopkins.
- Kincaid, D.L. Communication personnelle. Août 1992.
- Knodel, J. 1983. "Natural Fertility: Age Patterns, Levels and Trends." In *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol. 126-60. New York: Academic Press.
- Knowles, J.C., K.A. Bollen et K. Yount. 1993. "The Policy Environment of Family Planning Programs: A Literature Review." Le Projet EVALUATION. Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Labbok, M. 1992. "The Lactational Amenorrhea Method: Why Bother? Clinical Data for Policy Change," présenté à la Réunion annuelle de l'Association américaine de santé publique, Washington, DC, 8-12 Nov. 1992.
- Laing, J. 1985. "Continuation and Effectiveness of Contraceptive Practice: A Cross-sectional Approach." *Studies in Family Planning* 16, 3: 138-153.
- Landry, E. (Président, Groupe de travail sur l'évaluation) "Final Report Outcome of the Evaluation Group." Préparé pour le Comité directeur de l'information et de la formation, USAID, février 1992.
- Lapham, R.J. et W.P. Mauldin. 1984. "Family planning program effort and birthdate decline in developing countries." *International Family Planning Perspectives* 10,4: 109-118.
- Lapham, R.J. et W.P. Mauldin. 1985. "Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 16, 3: 117-137.
- Lapham, R. et G. Simmons. 1987. "Overview and Framework." In *Organizing for Family Planning Program Effectiveness*. Washington, DC: National Academy Press.
- Laurent, A. 1983. "The Cultural Diversity of Western Conceptions of Management." *International Studies of Management and Organization*, XIII 1-2: 75-96.

- Lee, R.D. 1980. "Aiming at a Moving Target: Period Fertility and Changing Reproductive Goals." *Population Studies* 34: 205-226.
- Lightbourne, R.E. 1985. "Desired Number of Births and Prospects for Fertility Decline in 40 Countries." *International Family Planning Perspectives* 11, 2: 34-47.
- Lightbourne, R.E. 1987. "Reproductive Preferences and Behavior." In J. Cleland et C. Scott (eds) *The World Fertility Survey: An Assessment*. Londres: Oxford University Press.
- London, K.A., J. Cushing, S.O. Rutstein, et al. 1985. "Fertility and Family Planning Surveys: An Update." *Population Reports*, Series M. No.8.
- Lutz, W. 1990. *Distributional Aspects of Human Fertility: A Global Comparative Study*. New York: Academic Press.
- Mauldin, W.P. et J.A. Ross. 1991. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89." *Studies in Family Planning* 22, 6: 350-367.
- McClelland, G.H. 1983. "Family Size Desires as Measures of demand." In *Determinants of Fertility in Developing Countries*. New York: Academic Press.
- McGuire, W.J. 1989. "Theoretical Foundations of Campaigns." In *Public Communication Campaigns*, Second Edition. Newbury Park: Sage Publications.
- Mensch, B. et A. Jain. 1991. "Measuring Quality of Care at the Policy Level." Document présenté à la Réunion de l'American Public Health Association, Atlanta, Georgia, novembre 1991.
- Mensch, B., A. Fisher, I. Askew et A. Ajayi. 1993. "Supply Side Determinants of Family Planning Clinic Utilization: Findings from African Situation Analysis Studies." Document présenté lors des réunions de la Population Association of America, Cincinnati, Ohio, avril 1993.
- Morris, L. et J.E. Anderson. 1982. "The Use of Contraceptive Prevalence Survey Data to Evaluate Family Planning Program Service Statistics." In *The Role of Surveys in the Analysis of Family Planning Programs*. Liège, Belgique: Ordina Editions.
- Morris, L., G. Lewis, D.L. Powell, J. Anderson, A. Way, J. Cushing et G. Lawless. 1981. "Contraceptive Prevalence Surveys: A New Source of Family Planning Data." *Population Reports*, Series M. No.5.
- Namoodiri, N.K. et C.M. Suchindram. 1987. *Life Table Techniques and Their Applications*. New York, NY: Academic Press.

- National Research Council. 1989. *Contraception and Reproduction. Health Consequences for Women and Children in the Developing World*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nations Unies. 1979. *Manual IX, The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility*. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales.
- Nations Unies. 1982. *Evaluation of the Impact of Family Planning Programmes*. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales.
- Nations Unies. 1985. *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales.
- Nations Unies. 1986. *Manual IX, The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility - Addendum*. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales.
- Nations Unies. 1991. *The Dynamics of Contraceptive Use*. New York: Département des affaires économiques et sociales internationales.
- Pearl, R. 1932. "Contraception and Fertility in 2000 Women." *Human Biology*, 4: 363-407.
- Piotrow, P.T., J.G. Rimon II, K. Winnard, D.L. Kincaid, D. Huntington et J. Convisser. 1990. "Mass Media Family Planning Promotion in Three Nigerian Cities." *Studies in Family Planning* 21, 5: 265-274.
- Piotrow, P.T., D.L. Kincaid, M.J. Hindin, C.L. Lettenmaier, I. Kuseka, T. Silberman, A. Zinanga, F. Chikara, D.J. Adamchak, M.T. Mbizvo, W. Lynn, O.M. Kumah et Y.Kim. 1992. "Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project." *Studies in Family Planning* 23, 6: 365-375.
- Prasartkul, P., Y. Porapakham et W. Sittitjai. 1987. *Report on Birth Order Distribution as a Family Planning Program Evaluation Indicator*. Bangkok, Thailand: Mahidol University, Institute for Population and Social Research.
- Projet EVALUATION. 1992a. *Report of the First Meeting of the Commodities and Logistics Working Group*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Projet EVALUATION. 1992b. "Minutes of the Meeting on Service Delivery Working Group, June 3-4, 1992," and "Minutes of the Meeting Subcommittee on Quality Assurance, Service Delivery Working Group, June 17, 1992."Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Projet EVALUATION. 1992c. "Minutes of the Meeting on Institutionalization of Training,

- October 28, 1992." Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Projet EVALUATION. 1992d. "Minutes of the Meeting of the Working Group on Operations Research, November 12, 1992." Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Projet EVALUATION. 1993a. *Report of the Second Meeting of the Commodities and Logistics Working Group*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Projet EVALUATION. 1993b. "Minutes of the Meeting of the Management Working Group, June 14, 1993." Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Pullum, T.W. 1980. *Illustrative Analysis: Fertility Preferences in Sri Lanka*. WFS Scientific Reports, No.9. Londres: Enquête mondiale sur la fécondité.
- "Report of the Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery." Préparé pour l'Equipe spéciale de l'AID sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale. Octobre 1990.
- Reynolds, J. 1990. "Evaluation of Child Survival Programs." In *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, 154-164. Oakland, Californie: Third Party Publishing.
- Robey, B., S.O. Rutstein, L. Morris et R. Blackburn. 1992. "The Reproductive Revolution: New Survey Findings." *Population Reports*, Series M. No.11.
- Rogers, E.M. 1973. *Communication Strategies for Family Planning*, New York: The Free Press.
- Ross, J. (ed) 1992. *International Encyclopedia of Population*. Volume 1. New York: The Free Press.
- Ross, J.A., M. Rich, J.P. Molzan et M.I. Pensak. 1988. *Family Planning and Child Survival 100 developing countries*, New York: Université Columbia, Centre pour la population et la santé familiale.
- Ross, J.A., W.P. Mauldin, Steven R. Green et E. Romana Cooke. 1992. *Family Planning and Child Survival Programs, as Assessed in 1991*. New York: The Population Council.
- Ryder, N. 1982. *Progressive Fertility Analysis*. Bulletin technique des enquêtes mondiales sur la fécondité No.8. Voorburg, Hollande: International Statistical Institute.
- Shelton, James. 1991. "What's Wrong with CYP?" *Studies in Family Planning* 22, 5: 332-335.
- Shelton, J.D., M.A. Angle et R.A. Jacobstein. 1992. "Medical Barriers to Access to Family Planning." *Lancet*. 340: 1334-5.

- Sherris, Jacqueline D, Kathy A. London, Sidney H. Moore, John H. Pile et Walter B. Watson, 1985. "The Impact of Family Planning Programs on Fertility." *Population Reports*, XIII, 1: J733-J771.
- Srinivasan, K. et M. Freymann. 1989. "Need for a Reorientation of Family Planning Program Strategies in Developing Countries: A Case for a Birth-based Approach." In *Dynamics of Population and Family Welfare*. Bombay, India: Himilaya Publishing House.
- Srinivasan, K. P.C. Saxena et A. Pandey. 1992. "Birth Order and Birth Interval Statistics." *International Institute for Population Sciences*. Bombay, India. [inédit].
- Stover, J., J.T. Bertrand, S. Smith et N. Rutenberg. 1993. "Empirically-based Conversion Factors for Calculating Couple-Years of Protection." Chapel Hill, NC: Le Projet EVALUATION (inédit).
- Stover, J., J.C. Knowles, A.E. Wagmen, D.L. Nortman, J. Freyman et R. McKinnon. 1991. *Target Cost: A Model for Projecting the Family Planning Service Requirements and Costs to Achieve Demographic Goals*. Washington, DC: The Futures Group.
- Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery. 1990. Rapport du Sous-Comité. Sous-Comité de l'équipe spéciale de l'Agence pour le développement international sur la standardisation des indicateurs de performance des programmes de planification familiale.
- Tsui, Amy O. et Pamina Gorbach. 1993. *Conceptual Framework for the Evaluation of Family Planning Programs*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center.
- Tsui, A.O. A.I. Hermalin, J.T. Bertrand, J. Knowles, J. Stover et K. Stewart. 1992. "Evaluating Family Planning Program Impact: New Initiatives on a Persisting Question." Document présenté à la Réunion annuelle de la Population Association of America, 30 avril-2 mai 1992, Denver, Colorado.
- Tsui, A.O. et L.H. Ochoa. 1992. "Service Proximity as a Determinant of Contraceptive Behavior: Evidence from Cross-national Studies of Survey Data." In J.F. Philipps et J.A. Ross (eds) *Family Planning Programs and Fertility*. Londres: Clarendon Press-Oxford.
- Veney, J. 1992. *Definition of Terms: Types of Evaluation*. Chapel Hill, Caroline du Nord: Carolina Population Center, le Projet EVALUATION.
- Ward, V.M., J.T. Bertrand et F. Puac. 1992. "Exploring Socialcultural Barriers to Family Planning among Mayans in Guatemala." *International Family Planning Perspectives*. 18 (2): 59-65.
- Warwick, D. 1988. "Culture and the Management of Family Planning Programs." *Studies of Family Planning Programs* 19, 1: 1-18.

- Weller, R.H. D.F. Sly, A. Sukamdi et R. Ekawati. 1981. "The Wantedness Status of Births in Indonesia." In *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*. Columbia, Maryland: IRD/Macro International.
- Westoff, C. 1990. "Reproductive Intentions and Fertility Rates." *International Family Planning Perspectives* 16, 3: 86-96.
- Westoff, C.F. 1991. *Reproductive Preferences*. Etudes comparatives des enquêtes démographiques et de santé No.3. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International, Inc.
- Westoff, C.F. et L.H. Ochoa. 1991. *Unmet Need and Demand for Family Planning*. Etudes comparatives des enquêtes démographiques et de santé No.5. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International, Inc.
- Wishik, S.M. et K. Chen. 1973. "Couple-years of Protection: A Measure of Family Planning Program Output." New York: Columbia University, International Institute for the Study of Human Reproduction.

## Annexe A

### **LISTE DE TOUS LES INDICATEURS PAR SOURCE PRIMAIRE DE DONNEES**

#### **SOURCE: DOSSIERS ADMINISTRATIFS ET DE PROGRAMME**

- ◆ Existence d'un plan d'élaboration des politiques
- ◆ Nombre d'analyses de politiques diffusées adéquatement
- ◆ Nombre d'événements de sensibilisation dirigés vers les responsables
- ◆ Existence d'un plan stratégique pour élargir le programme national de planification familiale
- ◆ Intégration de données démographiques à la planification du développement
- ◆ Nombre de déclarations des dirigeants en faveur de la planification familiale
- ◆ Politique officielle en matière de population traitant de la fécondité et de la planification familiale
- ◆ Coordination nationale de la planification familiale
- ◆ Statut du programme de planification familiale au sein de l'Administration publique
- ◆ Niveaux des droits d'importation et autres taxes
- ◆ Restrictions pesant sur l'activité publicitaire pour les contraceptifs par les mass media
- ◆ Absence de restrictions injustifiées pour les prestataires de services
- ◆ Absence de restrictions injustifiées pour les utilisateur(trice)s(trices)
- ◆ Ressources du secteur public consacrées à la planification familiale exprimées en pourcentage du PIB

#### **Opérations de prestation de services (domaines fonctionnels)**

##### **Management**

- ◆ Existence d'une mission claire qui contribue à atteindre les buts du programme
- ◆ Réalisation de buts opérationnels
- ◆ Structure organisationnelle clairement définie
- ◆ Adéquation des effectifs
- ◆ Connaissance de la situation financière courante
- ◆ Accès à des informations courantes sur les domaines clés du fonctionnement du programme
- ◆ Accès à des informations courantes sur l'état d'avancement du programme
- ◆ Capacité à suivre les produits

##### **Formation**

- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui atteignent les objectifs de formation
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui aident à atteindre les objectifs de formation du

- programme
- ◆ Nombre de participants par type de formation
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui appliquent les compétences acquises dans le cadre de leur travail.

### **Produits et logistique**

- ◆ Déperditions
- ◆ Fréquence des ruptures de stock
- ◆ Pourcentage des points de services approvisionnés selon le plan
- ◆ Indicateur composite pour les produits et la logistique

### **Information - Education - Communication**

- ◆ Nombre de communications réalisées, par type, pendant une période de référence
- ◆ Nombre de communications diffusées, par type, pendant une période de référence

### **Recherche et évaluation**

- ◆ Présence d'une unité active de recherche et d'évaluation
- ◆ Degré d'utilisation d'un système de statistiques de services
- ◆ Enquêtes et études périodiques auprès des ménages et/ou à but spécial
- ◆ Recherche opérationnelle (RO)
- ◆ Evaluations régulières des processus
- ◆ Evaluations de l'efficacité, de l'efficience et de l'impact
- ◆ Utilisation des résultats de la recherche et de l'évaluation pour la modification du programme
- ◆ Diffusion des résultats de la recherche et de l'évaluation

### **Sorties des services**

#### **Accessibilité (exemples)**

- ◆ Coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs en tant que pourcentage du salaire mensuel
- ◆ Politiques restrictives du programme concernant le choix de contraceptifs

#### **Image du programme**

- ◆ Nombre et type d'activités en vue d'améliorer l'image publique de la planification familiale pendant une période de référence (par exemple, un an)

**SOURCE: DONNEES D'ENQUETE (PAR EXEMPLE, EDS)**

## **Contexte politique**

- ◆ Importance de la participation du secteur commercial<sup>1</sup>

## **Demande d'enfants**

- ◆ Taille moyenne souhaitée de la famille<sup>1</sup>
- ◆ Souhait d'avoir d'autres enfants<sup>1</sup>
- ◆ Les naissances précédentes étaient-elles voulues?<sup>1</sup>
- ◆ Indice synthétique de fécondité souhaitée (ISFS)<sup>1</sup>

## **Demande de planification familiale**

- ◆ Demande de limitation des naissances
- ◆ Demande d'espacement des naissances
- ◆ Demande totale (pour la planification familiale)<sup>1</sup>
- ◆ Besoin non satisfait en matière de planification familiale<sup>1</sup>
- ◆ Satisfaction de la demande pour la planification familiale

## **Sorties des services**

### **Accessibilité**

- ◆ Pourcentage de la population qui connaît au moins une source de services et/ou de produits contraceptifs
- ◆ Pourcentage de non-utilisation liée à des barrières psychosociales

### **Image du programme**

- ◆ Pourcentage du groupe cible favorable au programme (national) de planification familiale

◆

## **Pratique de la contraception**

- ◆ Taux de prévalence de la contraception (TPC)<sup>1</sup>
- ◆ Nombre d'utilisateur(trice)s(trices) actuels

---

<sup>1</sup> Un nouveau logiciel interactif EASEVAL a été élaboré par le Projet EVALUATION conjointement avec le personnel de l'EDS pour faciliter l'utilisation des données de l'EDS à partir des fichiers de recodage types. Le logiciel est disponible actuellement aux fins d'utilisation avec les fichiers de l'EDS I. Il sera disponible aux fins d'utilisation pour l'EDS II lorsque les fichiers de recodage types de l'EDS II seront communiqués. Le menu de ce logiciel permet à l'utilisateur(trice) de choisir "indicateurs" pour avoir une liste complète des indicateurs décrits dans ce Manuel disponibles à partir de l'EDS. En Annexe A, tous les indicateurs disponibles dans le logiciel interactif avec l'EDS sont marqués par un exposant <sup>1</sup> pour souligner le lien entre ce manuel d'indicateurs et le logiciel EASEVAL.

- ◆ Niveau d'utilisation passée<sup>1</sup>
- ◆ Source d'approvisionnement (par méthode)<sup>1</sup>
- ◆ Distribution par méthode<sup>1</sup>
- ◆ Caractéristiques des utilisateur(trice)s(trices)
- ◆ Taux de continuité
- ◆ Taux d'échec de l'utilisation

## **Fécondité**

### **Niveau de fécondité**

- ◆ Taux brut de natalité (TBN)
- ◆ Taux de fécondité par âge (TFA)<sup>1</sup>
- ◆ Indice synthétique de fécondité (ISF)<sup>1</sup>

### **Naissances évitées**

- ◆ Naissances évitées (par le programme)

### **Autres indicateurs**

- ◆ Taux de fécondité par parité<sup>1</sup>
- ◆ Proportion de naissances supérieures (ou inférieures) à une parité spécifiée<sup>1</sup>
- ◆ Proportion de naissances chez des femmes d'un âge inférieur ou supérieur à un âge spécifié<sup>1</sup>
- ◆ Durée médiane des intervalles intergénésiques<sup>1</sup>
- ◆ Proportion d'intervalles intergénésiques ouverts ou intervalles fermés d'une longueur spécifiée ou plus longs<sup>1</sup>
- ◆ Indice synthétique de fécondité non souhaitée (ISFN)<sup>1</sup>

**SOURCE: STATISTIQUES DE SERVICES, SYSTEMES D'INFORMATION EN GESTION**

## **Opérations de prestation de services (domaines fonctionnels)**

### **Gestion**

- ◆ Connaissance de la situation financière courante
- ◆ Accès à des informations courantes sur les domaines clés du fonctionnement du programme
- ◆ Capacité à suivre les produits

## **Produits et logistique**

- ◆ Déperditions dans le pipeline
- ◆ Pourcentage de la capacité d'entreposage répondant à des normes acceptables
- ◆ Fréquence des ruptures de stock
- ◆ Pourcentage des points de services approvisionnés selon le plan
- ◆ Indicateur composite pour les produits et la logistique

## **Utilisation des services**

- ◆ Nombre de visites dans les points de prestation de services
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes de la contraception moderne
- ◆ Nombre de nouvelles acceptantes dans l'institution
- ◆ Nombre d'acceptantes d'un nouveau segment
- ◆ Couple-années de protection (CAP)
- ◆ Distribution par méthode
- ◆ Caractéristiques des utilisateur(trice)s(trices)
- ◆ Taux de continuité

**SOURCE: ENQUETES SPECIALES (DES PRESTATAIRES, DES CLIENTES, DES PUBLICS CIBLES, ETC.)**

## **Contexte politique**

- ◆ Importance de la participation du secteur commercial

## **Management**

- ◆ Structure organisationnelle clairement définie
- ◆ Adéquation des effectifs
- ◆ Connaissance de la situation financière courante
- ◆ Accès à des informations courantes sur les domaines clés du fonctionnement du programme
- ◆ Accès à des informations courantes sur l'état d'avancement du programme

## **Formation**

- ◆ Nombre/pourcentage de participants à la formation qui maîtrisent les connaissances requises
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui appliquent les compétences acquises par la suite dans leur travail

## **Information - Education - Communication**

- ◆ Pourcentage du public cible exposé aux messages du programme, basé sur le rappel des répondants
- ◆ Pourcentage du public cible qui comprend correctement le message donné
- ◆ Pourcentage du public qui acquiert la compétence pour effectuer une tâche donnée suite à son contact à une communication spécifique
- ◆ Pourcentage du public cible exposé à un message spécifique qui indique apprécier le message en question
- ◆ Nombre/pourcentage du public cible qui discute des messages avec d'autres, par type de personne
- ◆ Pourcentage du public cible qui préconise la pratique de la planification familiale

### **Recherche**

- ◆ Degré d'utilisation d'un système de statistiques de services
- ◆ Utilisation des résultats de la recherche et de l'évaluation pour la modification du programme

### **Sorties des services**

#### **Accessibilité**

- ◆ Nombre de points de services situés à une distance fixe ou temps de déplacement d'une communauté donnée (à savoir, densité de service)
- ◆ Coût de l'approvisionnement d'un mois en contraceptifs en tant que pourcentage du salaire mensuel

#### **Qualité**

- ◆ Pourcentage de clientes indiquant passer "un temps suffisant" avec le prestataire de services
- ◆ Pourcentage de clientes qui pensent que les heures/jours sont fixés à des moments pratiques qui leur conviennent bien.
- ◆ Pourcentage de clientes informées des dates et des sources pour le réapprovisionnement/revisite
- ◆

#### **Image du programme**

- ◆ Pourcentage du groupe cible favorable au programme (national) de planification familiale

## **SOURCE: OBSERVATION/EVALUATION PAR DES EXPERTS**

### **Contexte politique**

- ◆ Qualité de la direction du programme

### **Opérations de prestation de services (domaines fonctionnels)**

#### **Formation**

- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers qui atteignent les objectifs de formation
- ◆ Nombre/pourcentage d'ateliers où la méthodologie de formation convient au transfert de compétences et de connaissances
- ◆ Nombre/pourcentage de participants qui ont maîtrisé les connaissances requises
- ◆ Nombre/pourcentage de participants compétents pour fournir un service spécifique de planification familiale
- ◆ Nombre/pourcentage de prestataires que l'on juge compétents après la formation (par exemple, six mois)

#### **Produits et logistique**

- ◆ Indicateur composite pour les produits et la logistique

#### **Recherche et évaluation**

- ◆ Degré d'utilisation d'un système de statistiques de services

### **Sorties de services**

#### **Qualité**

- ◆ Nombre de méthodes de contraception disponibles dans un point de services donné
- ◆ Pourcentage de séances de conseils avec des nouveaux accepteurs où le prestataire de services discute de toutes les méthodes
- ◆ Pourcentage de visites pendant lesquelles le prestataire réalise avec compétence les procédures cliniques, en observant les mesures de prévention de l'infection
- ◆ Pourcentage de clientes informées des dates et des sources pour le réapprovisionnement ou la visite de suivi.

## **Annexe B**

### **INDICATEURS EN VUE D'EVALUER LE DOMAINE FONCTIONNEL DU MANAGEMENT<sup>2</sup>**

#### **ELEMENT/INDICATEUR**

##### **Elément No.1 - Mission du programme**

- 1.1 Existence d'une mission claire du programme dans le but d'atteindre les buts nationaux de la planification familiale.
- 1.2 La mission est comprise sur l'ensemble du programme et de l'organisation.
- 1.3 La mission du programme est utilisée pour la planification et les opérations par chaque niveau/segment de l'organisation.

##### **Elément No.2 - Planification/stratégie**

- 2.1 Elaboration de plans stratégiques/opérationnels
- 2.2 Existence d'un plan stratégique
- 2.3 Connaissance et utilisation du plan stratégique
- 2.4 Examen périodique du plan stratégique
- 2.5 Existence de plans opérationnels
- 2.6 Utilisation des plans opérationnels
- 2.7 Mise à jour régulière des plans opérationnels

##### **Elément No.3 - Organisation**

- Sous-élément 3.1 Structure organisationnelle
  - 3.1.1 Structure organisationnelle claire
  - 3.1.2 Processus décisionnel défini
  - 3.1.3 Système pour communiquer des décisions
  - 3.1.4 Réseaux formels de comptes rendus
  - 3.1.5 Description écrite des tâches
  - 3.1.6 Existence de normes et de directives écrites pour les services
  - 3.1.7 Les sous-systèmes de gestion sont intégrés, cohérents et constants les uns

---

<sup>2</sup> Projet EVALUATION, 1993b

- par rapport aux autres
- 3.1.8 Le programme est en mesure de recréer une direction
- 3.1.9 Le programme est capable de survivre un changement au niveau de la direction

Sous-élément 3.2 Direction

- 3.2.1 La mission du programme et le plan stratégique sont dirigés vers l'avenir
- 3.2.2 La direction est capable de s'adapter à des changements dans le contexte externe
- 3.2.3 La direction est capable d'influencer le contexte externe
- 3.2.4 Influence interne
- 3.2.5 La direction est capable de communiquer la mission/stratégie

Sous-élément 3.3 Prise de décisions

- 3.3.1 Prise de décisions basée sur l'information
- 3.3.2 Les décisions sont prises et communiquées en temps opportun
- 3.3.3 Les décideurs demandent des avis à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation (recherche d'information)

#### **Élément No.4 - Ressources humaines**

Sous-élément 4.1 Descriptions de tâches clairement définies

- 4.1.1 Descriptions écrites des tâches

Sous-élément 4.2 Directives pour l'interaction et la communication pour la prise de décisions et la mise en œuvre

- 4.2.1 Mécanismes de résolution des problèmes
- 4.2.2 Mécanismes de feed-back
- 4.2.3 Mécanismes pour l'examen de la performance

Sous-élément 4.3 Recrutement/composition du personnel

- 4.3.1 Adéquation des effectifs
- 4.3.2 Adéquation et caractère opportun des décisions relatives au personnel
- 4.3.3 Qualifications requises chez le personne au vu de l'exécution de ses responsabilités

Sous-élément 4.4 Formation

- 4.4.1 Utilisation rationnelle de la formation
- 4.4.2 Impartialité dans l'utilisation des occasions de formation

Sous-élément 4.5 Orientation de carrière

- 4.5.1 Définition claire des plans de carrière professionnelle

Sous-élément 4.6 Politiques de compensation

- 4.6.1 Les politiques sont axées sur les mérites

- 4.6.2 Les niveaux de compensation sont compétitifs dans le contexte
- 4.6.3 Utilisation d'incitations axées sur la performance
- 4.6.4 Impartialité

### **Elément No.5 - Finances**

- Sous-élément 5.1 Systèmes de gestion financière
  - 5.1.1 Procédures de gestion financière
  - 5.1.2 Système d'information
- Sous-élément 5.2 Mobilisation de recettes
  - 5.2.1 Adéquation des recettes
  - 5.2.2 Mécanismes de mobilisation de recettes
  - 5.2.3 Capacité de mobilisation des recettes prévues
  - 5.2.4 Diversité du financement

### **Elément No.6 - Information**

- Sous-élément 6.1 Adéquation du soutien en information
  - 6.1.1 Accès à l'information courante sur des grands domaines de fonctionnement du programme
  - 6.1.2 Existence de systèmes (sous-systèmes) d'information pertinente
  - 6.1.3 Pertinence de l'information réunie
  - 6.1.4 Travail de compte rendu
- Sous-élément 6.2 Utilisation de l'information pour les décisions en matière de gestion
  - 6.2.1 Le système d'information se fonde sur l'identification des utilisateur(trice)s(trices) et les possibilités d'utilisation de l'information
- Sous-élément 6.3 Caractère opportun
  - 6.3.1 L'information est compilée au fur et à mesure des besoins
  - 6.3.2 Mesure dans laquelle l'information respecte le calendrier d'exécution
- Sous-élément 6.4 Qualité de l'information (définie de manière externe)
  - 6.4.1 Sensibilité des données
  - 6.4.2 Fiabilité/exactitude des données

### **Elément No.7 - Suivi et évaluation**

- 7.1 Disponibilité de l'information courante sur les progrès faits en vue d'atteindre les cibles, les objectifs et les buts du programme
- 7.2 Mise en place d'un plan de suivi et d'évaluation
- 7.3 Mise en place d'un système de suivi

7.4 Caractère opportun des systèmes de suivi et d'évaluation

7.5 Utilisation des données de suivi et d'évaluation

7.6 Evaluation des buts et des objectifs atteints

**Elément No.8 - Logistique**

8.1 Capacité à suivre les produits

8.2 Existence d'un système de logistique

8.3 Existence d'un SIGL

8.4 Système revu périodiquement au niveau supérieur

8.5 A chaque niveau, une personne est responsable pour la gestion logistique

8.6 Les plans pour la maintenance du système de logistique sont en place

## Annexe C

### **INDICATEURS DE QUALITE POUR DES PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE REALISES EN MILIEU CLINIQUE**

#### **Sous-Comité de la qualité**

#### **Groupe de travail sur la prestation de services**

#### **Projet EVALUATION**

### **NOTES SUR LES INDICATEURS**

La liste suivante d'indicateurs a été compilée la première fois le 17 juin 1992 par le Sous-Comité à la qualité. Depuis, elle a fait l'objet d'une série de révisions reflétées dans la présente version. En outre, des listes analogues d'indicateurs de la qualité ont été élaborées pour des projets de distribution communautaire et de marketing social (Projet EVALUATION, 1992c).

Lors de la réunion de juin 1992, le groupe a convenu qu'il existait trois niveaux pour mesurer les indicateurs liés à la qualité: (1) le gestionnaire (appelé ailleurs les "sous-systèmes" ou les "systèmes d'appui"), (2) le prestataire de services et (3) la cliente. Ces niveaux sont reliés entre eux puisque certaines ressources doivent exister au niveau du gestionnaire (par exemple, la gamme complète de méthodes de contraception en stock) pour que le prestataire de services puisse prendre l'action correcte (par exemple, offrir à la cliente toutes les méthodes appropriées d'un point de vue médical) qui, à son tour, peut être mesurée au niveau de la cliente (par exemple, en demandant à la cliente quelles sont les méthodes qui ont été offertes).

Le groupe a également proposé de raccourcir la liste de plus de 40 indicateurs à une liste de 10 à 15 indicateurs clés pour des raisons pratiques au niveau terrain. Mais, lors de réunions ultérieures de Groupes de travail pour la prestation de services, on a jugé qu'il était prématuré de réduire la liste des indicateurs sans avoir fait un test sur le terrain. Aussi la liste complète des indicateurs est-elle présentée ici.

Vu qu'un certain nombre d'indicateurs pourraient être mesurés à deux ou même à trois niveaux, on a décidé d'identifier le niveau auquel chaque indicateur était le plus important. Dans la plupart des cas, c'était le niveau cliente. Si les résultats sont satisfaisants au niveau client(e), on peut supposer une performance adéquate aux niveaux responsable/prestataire. Si l'on trouve des déficiences, on peut revenir en arrière, d'abord au niveau prestataire et ensuite, au niveau gestionnaire (ou systèmes de soutien) pour identifier la source du problème et y remédier.

Les indicateurs de la liste suivante sont classés en fonction des six éléments du Cadre de la qualité des soins de Bruce. Lorsque c'est approprié, ils sont présentés (au sein de chaque élément) en séquences chronologiques (à savoir l'ordre dans lequel ils se présenteraient dans le contexte de la prestation de services).

Aux fins de constance, les indicateurs ont été formulés de manière affirmative et non négative (par exemple, la cliente reçoit sa méthode préférée). Mais les instruments qui seront

élaborés à partir de ces indicateurs devraient utiliser des mots neutres qui confèrent un poids égal à une réponse, soit positive, soit négative.

La colonne à droite indique les types de collecte de données pouvant être utilisées pour obtenir les données pour chaque indicateur. Les codes sont les suivants:

- DA** = dossiers administratifs (programme)
- DC** = examen dossiers clientes
- EC** = enquête auprès des clientes
- IS** = interview à la sortie avec les clientes
- GD** = groupe de discussion focalisée
- OB** = observation (interaction client(e)-prestataire, procédure clinique, etc)
- EP** = enquête auprès des prestataires de services

## INDICATEURS DE LA QUALITE DES SOINS DANS LES PROGRAMMES EN MILIEU CLINIQUE

Élément/indicateur	Approches de la collecte de données
<b>Relations interpersonnelles</b>	
1. Les prestataires de services sont formés en matière de relations interpersonnelles	DA, EP
2. Le prestataire établit un contact pour évaluer la situation personnelle (circonstances familiales, nature des relations sexuelles)	OB, EC, IS, GD
3. Le client indique qu'il se sent: a. le bienvenu b. à l'aise en posant des questions c. traité avec respect et politesse de la part des prestataires de services	EC, IS, GD
<b>Choix de la méthode</b>	
4. Nombre de méthodes approuvées pour l'utilisation au point de prestation de services (PPS)	DA
5. Nombre/gamme de méthodes disponibles au PPS <sup>3</sup>	OB, DA
6. Le prestataire offre toutes les méthodes appropriées	OB, IS
7. Le prestataire n'impose pas de restrictions inutiles sur le choix de la méthode	EP, DA
8. Le client reçoit sa méthode préférée <sup>4</sup>	EC, IS

<sup>3</sup> Liste de toutes les méthodes physiquement disponibles au point de prestation de services (PPS) le jour de la collecte de données. L'indicateur devrait être interprété en tenant compte du nombre de méthodes approuvées pour le pays et appropriées au type de PPS.

<sup>4</sup> Cet indicateur doit être interprété en rapport avec l'indicateur #34. Le programme devrait être pénalisé s'il ne

9. Le prestataire envoie le client à un autre service accessible lorsque les méthodes ne sont pas disponibles dans ce PPS EP, OB, IS

**Information donnée aux clients**

10. Le prestataire démontre de bonnes compétences au counseling (par exemple, fournir des informations, obtenir des informations, répondre à des questions) OB, IS
11. Le prestataire a une liste de vérification concernant l'information qu'il faut couvrir pendant la séance de counseling OB, EP
12. Le prestataire présente, de manière exacte et non biaisée, toutes les méthodes OB, IS

---

donne pas la méthode souhaitée (s'il n'y a pas de contre-indications médicales).

13. Le prestataire donne des informations pertinentes<sup>1</sup> sur la méthode acceptée: OB
- a. mode d'emploi
  - b. avantages et inconvénients
  - c. effets secondaires (présentation équilibrée)
  - d. précautions primaires et secondaires
  - e. complications qui demandent un aiguillage
  - f. réapprovisionnement
  - g. autre information importante<sup>2</sup>
14. Le prestataire de services demande au client de répéter l'information clé sur la méthode choisie (mode d'emploi, effets secondaires, mesures à prendre en cas d'effets secondaires, etc) OB, EC, IS
15. Le client explique correctement la méthode choisie:<sup>3</sup> EC, IS
- a. mode d'emploi
  - b. effets secondaires possibles
  - c. que faire en cas d'effets secondaires
  - d. quand revenir
  - e. où revenir
16. Du matériel d'information est disponible (imprimés, modèles, échantillons, etc.) pour des méthodes spécifiques OB
17. Le client est assuré du caractère privé de la visite: OB, IS
- a. séance de counseling
  - b. examen (le cas échéant)
18. Le formulaire de consentement est disponible et signé par les clients (CSV) OB, DC

### Compétence technique

19. Des directives écrites sur la pratique de la PF sont disponibles DA

---

<sup>1</sup> L'information "pertinente" changera pour les nouveaux utilisateur(trice)s(trices), qui ont besoin d'informations complètes et des utilisateur(trice)s(trices) continus qui n'ont besoin que de peu ou de pas d'informations.

<sup>2</sup> Devra être déterminé au niveau programme (par exemple, la pilule ne protège pas contre l'infection par le VIH).

<sup>3</sup> L'expérience indique qu'il est parfois difficile pour les interviewers de noter exactement et d'évaluer l'adéquation des réponses données par des clientes. Bien que les numéros 13 et 15 soient analogues, une mauvaise réponse au numéro 15 ne signifie pas forcément que l'explication du prestataire de services était inadéquate (numéro 13); aussi, les deux sont gardés comme indicateurs.

au PPS

- |  |        |
|--|--------|
| 20. Il existe des descriptions de tâches pour chaque position  | DA     |
| 21. Il existe des mécanismes officiels pour revoir/dépister les éventuels prestataires des services        | DA     |
| 22. Il existe des critères d'éducation et de formation pour les tâches de services                         | DA     |
| 23. Le nouveau personnel est formé concernant les directives de l'institution                              | DA, EP |
| 24. Les prestataires cliniques ont reçu une formation s'appliquant à leur travail                          | DA, EP |
| 25. Tout le personnel suit un recyclage périodique ou une formation en cours d'emploi                      | DA, EP |
| 26. Les articles essentiels sont présents pour la prestation des méthodes disponibles au PPS: <sup>4</sup> | OB, EP |
| a. matériel de stérilisation   |        |
| b. gants   |        |
| c. sphygmomanomètre  |        |
| d. spéculum  |        |
| e. éclairage suffisant   |        |
| f. eau   |        |
| 27. Le prestataire de services sait expliquer exactement la  | EP     |

---

<sup>4</sup> Toutes les fournitures ne sont pas nécessaires pour la prestation de toutes les méthodes.

contraception:<sup>1</sup>

- a. mode d'emploi
- b. avantages et inconvénients
- c. effets secondaires (présentation équilibrée)
- d. précautions primaires et secondaires
- e. complications exigeant l'orientation vers d'autres centres
- f. réapprovisionnement

28. Le prestataire de services démontre une compétence au niveau des procédures cliniques (en fonction des directives) OB
29. Le prestataire démontre une compétence à reconnaître et à identifier des contre-indications (conformément aux directives) OB, EP
30. Le prestataire évite les tests, les examens et les périodes d'attente non justifiées d'un point de vue médical<sup>2</sup> OB, DA, EP
31. Le prestataire suit les procédures de prévention des infections (données dans les directives) OB
32. Les prestataires de services à tous les niveaux reçoivent une supervision routinière: DA, EP
- a. régulière
  - b. utile (par exemple, les connaissances et les compétences cliniques des prestataires de services font l'objet d'un suivi)
33. Le PPS est capable de traiter l'infection par le VIH, d'autres MST et les infections du tractus génital: DA, EP
- a. identification
  - b. diagnostic
  - c. aiguillage
  - d. counseling pour la prévention
  - e. traitement et counseling

---

<sup>1</sup> "Sait expliquer" concerne la capacité à répondre correctement à un test de connaissances. Ce n'est pas la même chose que de fournir ces explications sur les lieux du travail (Cf. indicateur #13).

<sup>2</sup> En fonction des directives locales de prestation de services.

34. Le client reçoit une méthode appropriée: OB, DC
- a. du point de vue médical
  - b. pour le style de vie sexuelle (y compris le risque de MST et de VIH)

### **Mécanismes pour assurer la continuité<sup>1</sup>**

35. Le prestataire encourage le client à revenir lorsque c'est nécessaire OB, IS, EC, GD
36. Le calendrier de suivi/retour est approprié/raisonnable EC, DC
37. Le client peut obtenir facilement les réapprovisionnements OB, EC, IS
- a. l'offre des méthodes offertes au PPS est adéquate
  - b. le système de réapprovisionnement est fiable  
(évite les ruptures de stock)
38. Les clients ayant du retard au moment du suivi sont identifiés DA, DC
39. Les clients ayant du retard au moment du suivi sont contactés DA, DC
40. Les raisons du non-retour sont identifiées EC, GD

### **Adéquation et acceptabilité des services<sup>2</sup>**

L'accessibilité financière est un autre indicateur possible de la qualité. Mais cet indicateur a été exclu de cette liste puisque la dimension-clé ne se situe pas tant au niveau de l'accessibilité financière que de la valeur qui tient compte, et de la qualité, et du coût.<sup>3</sup>

41. Les clients et les non-utilisateurs pensent que: EC, IS, GD
- a. le caractère privé/confidentiel pour le counseling est acceptable
  - b. le caractère privé/confidentiel pour les examens est acceptable
  - c. le temps d'attente est acceptable
  - d. le temps passé avec le prestataire de services est acceptable
  - e. les heures/jours sont fixés à des moments pratiques pour eux
  - f. le personnel est acceptable du point de vue sexe, groupe ethnique, âge

---

<sup>1</sup> Les indicateurs #13-c, 13-e, 13-f, 15-b, 15-d, 15-e conviennent également à cet élément.

<sup>2</sup> Certaines personnes prétendent que "l'accès physique" de l'établissement influence son acceptabilité face au client. Mais, dans le cadre du Projet EVALUATION, nous avons traité "accès aux services" comme une dimension séparée (indépendante) du contexte de l'offre et, partant, nous ne l'avons pas incluse ici à cette liste.

<sup>3</sup> Note: un questionnaire des clients concernant les attitudes face au service devrait se terminer avec une question ouverte sur les autres aspects du service qui peuvent être améliorés.

42. Les clients et les non-utilisateurs pensent que l'établissement est adéquat du point de vue: EC, IS, GD
- a. salle d'attente
  - b. salle d'examen
  - c. propreté/hygiène
  - d. eau
  - e. toilettes
  - f. \_\_\_\_\_ (autres)

### **EFFETS**

Nombre de nouveaux accepteurs/utilisateurs	DA
Taux de complication pour des méthodes spécifiques	DC, EC
Utilisation correcte et constante de méthodes temporaires (taux de continuité des méthodes)	DC, EC, GD, IS
Nombre de nouveaux clients recommandés par d'autres utilisateurs	DC, EC, IS
Nombre d'utilisateurs qui recommandent le service à quelqu'un d'autre	EC, IS
Pourcentage de clients qui arrivent à atteindre leurs intentions en matière de procréation	EC, IS

## Annexe D

### **INDICATEURS D'EVALUATION DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE<sup>4</sup>**

#### **Le contractant se conforme-t-il aux termes du contrat**

- ◆ Nombre d'études
- ◆ Types de pays (par exemple, prioritaire ou non-prioritaire)
- ◆ Nombre de rapports, d'ateliers, de participants formés

#### **Processus d'élaboration du programme de RO**

- ◆ Consultation avec des "groupes de soutien" RO:<sup>5</sup>
  - Mission USAID dans le pays
  - CTO USAID/Washington
  - D'autres personnes dans le bureau de la population
  - Bureaux USAID/Washington
  - Bureaux régionaux de l'AID (par exemple, REDSO)
  - Organismes collaborateurs aux Etats-Unis
  - Organismes collaborateurs sur le terrain
  - Propre institution
  - Gouvernement du pays hôte (MS)
  - ONG dans le pays
  - Autres bailleurs de fonds (FNUAP, UNICEF, OMS, etc.)
  - Groupes de défense de la cause (par exemple, groupements féminins)
  - Communauté scientifique
- ◆ Nature collaborative du processus
- ◆ Utilité du programme de RO tel que perçu par les groupes de soutien

#### **Qualité de la recherche**

##### **Conception de l'étude**

- ◆ Capacité à répondre à la question de la recherche
  - Conception dans sa forme originale
  - Conception telle qu'appliquée effectivement
- ◆ Equilibre entre ressources disponibles et conception solide
- ◆ Impact potentiel sur la politique
- ◆ Question de recherche pertinente par rapport au programme de RO (dans le pays)

---

<sup>4</sup> La liste ci-dessus représente le résultat de la réunion du Groupe de travail sur la recherche opérationnelle tenue en octobre 1993. C'est une mise à jour de la liste préliminaire d'indicateurs élaborés pendant la première réunion du groupe (Projet EVALUATION, 1992d).

<sup>5</sup> Le choix des groupes de soutien dépend en partie du thème de l'étude de recherche opérationnelle.

- et à l'échelle mondiale)
- ◆ Possibilité de reproduire l'étude
- ◆ Améliorations des méthodes et outils de recherche

### **Exécution de la recherche**

- ◆ Exécution et contrôle de qualité des travaux de terrain
- ◆ Suivi et supervision en temps opportun des activités de terrain
- ◆ Qualité de l'analyse et de la présentation de données
- ◆ Capacité à faire face aux événements imprévus

### **Diffusion des résultats**

- ◆ Utilisation de divers canaux de communication (séminaires, ateliers, présentations, bulletins, publications dans des revues examinées par des confrères, etc.)
- ◆ Quantité des activités de diffusion
- ◆ Communication des résultats aux groupes de soutien de la RO
- ◆ Caractère opportun

### **Utilisation des résultats**

- ◆ Preuves montrant que le personnel de la RO travaille avec des responsables et du personnel, au niveau local, faisant partie d'autres organismes collaborateurs pour utiliser l'information aux fins d'amélioration du programme
- ◆ Les changements adoptés suite au résultat de l'étude de RO:
  - au niveau des politiques
  - au niveau des procédures de prestation de services:
    - au même endroit
    - dans le cadre du programme élargi (expansion)
  - au niveau des programmes d'autres organisations:
    - dans le pays
    - ailleurs
- ◆ Information utilisée comme base de la recherche complémentaire
- ◆ Méthodologie reproduite ailleurs
- ◆ Utilisation des résultats ou de la méthodologie dans des domaines connexes

### **Institutionnalisation de la RO en tant qu'outil de gestion**

- ◆ Plus grande réceptivité des responsables du programme à la RO en tant qu'outil
- ◆ Adoption de l'approche "proactive"
- ◆ Renforcement des compétences de recherche chez les chercheurs locaux (en matière de conception de recherche, de collecte, de traitement et d'analyse de données, de préparation des rapports)

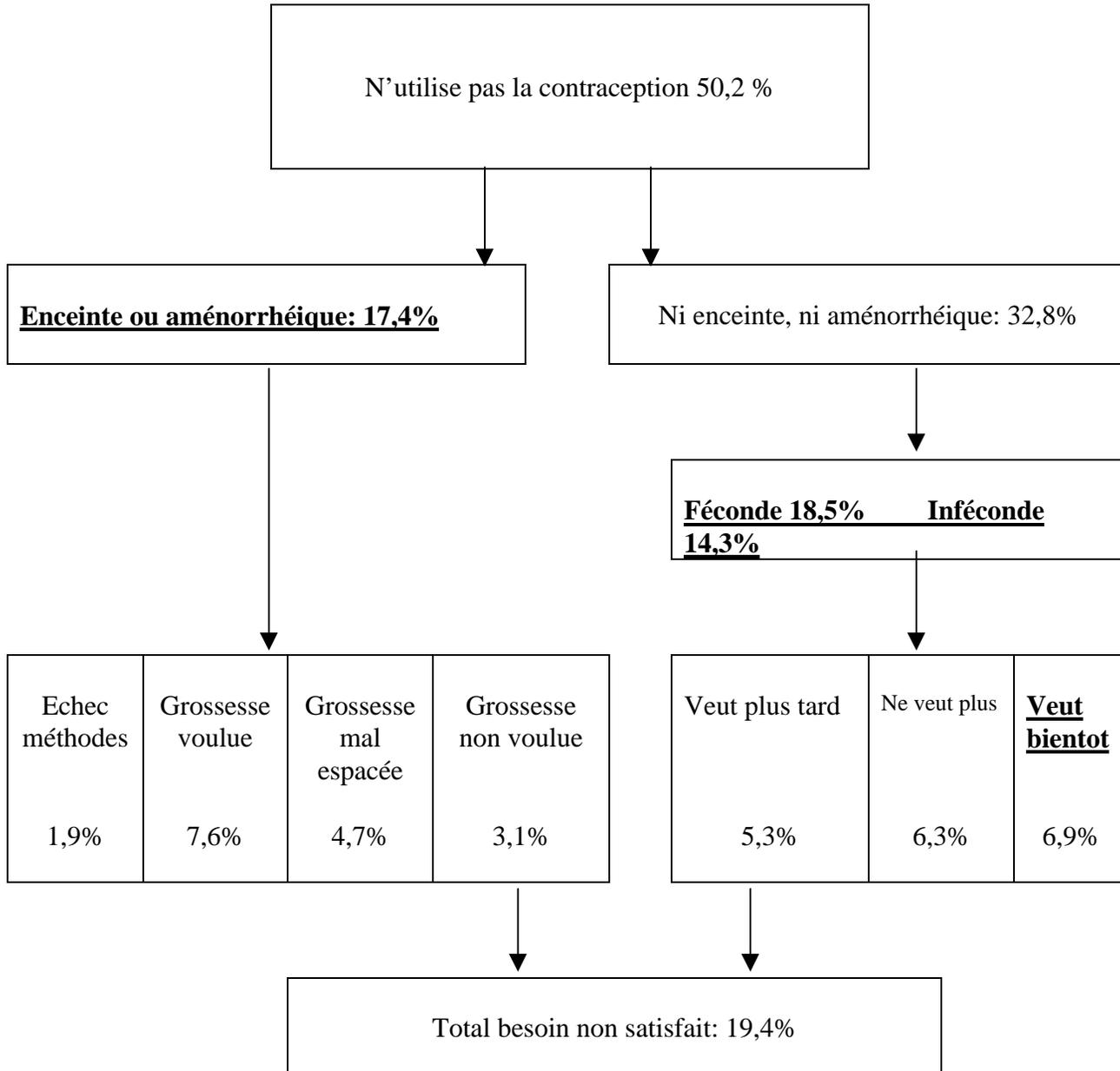
- ◆ Renforcement de l'infrastructure de recherche (ordinateurs, documents de référence, magnétoscopes, logiciels, lien avec INTERNET)

**Autres**

- ◆ Polyvalence du personnel, des consultants et des collaborateurs en matière de RO

**Annexe E**

**Exemple de calcul de besoin non satisfait de la planification familiale: EDS de la République Dominicaine**



Source: Westoff et Ochoa (1991)

**Tableau de catégories de répondantes d'enquêtes nécessaires pour calculer la demande de planification familiale et le besoin non satisfait - Données de l'EDS, pays choisis (Cf. Chapitre VI)**

Pays	Infécond e	Utilisa- trices actuelles	Enceinte ou aménorrhéique			Féconde			Total	Nombre de femmes	
			Echec de la méthode	Grossesse non voulue	Grossesse mal espacée	Grossesse non voulue	Veut un enfant bientôt	Veut un enfant plus tard			Ne veut plus d'enfants
<u>Afrique</u>											
<u>subsaharienne</u>											
Botswana	15,8	33,0	1,7	12,9	8,8	0,9	9,8	10,6	6,5	100	1708
Burundi	13,1	8,7	NA	45,6	10,4	2,3	7,6	7,3	5,1	100	2669
Ghana	12,3	12,9	NA	27,4	10,7	2,0	12,2	15,6	7,0	100	3156
Kenya	13,3	26,9	NA	15,9	12,0	4,0	5,9	10,5	11,5	100	4765
Libéria	18,2	6,4	NA	28,4	1,7	8,4	14,1	18,2	4,6	100	3529
Mali	19,3	4,7	NA	38,0	4,2	1,4	15,2	13,0	4,3	100	2948
Togo	9,1	12,1	NA	27,2	11,7	3,1	11,4	16,7	8,5	100	2454
Ouganda	15,5	4,9	NA	33,4	11,7	2,1	19,0	8,2	5,2	100	3180
Zimbabwe	8,2	43,1	NA	14,6	5,0	3,5	12,4	5,1	8,1	100	2643
<u>Afrique du Nord</u>											
Egypte	15,4	37,8	1,8	13,6	3,6	5,2	6,2	6,5	9,8	100	8221
Maroc	15,5	35,9	2,8	15,5	6,2	3,1	8,1	6,2	6,5	100	5447
Tunisie	10,5	49,8	1,6	13,3	4,6	3,3	5,1	6,0	5,8	100	4012
<u>Asie</u>											
Indonésie	19,9	47,8	0,9	11,5	2,7	0,9	3,9	7,4	5,0	100	0907
Sri Lanka	11,4	61,7	2,0	7,4	2,3	1,0	5,3	4,8	4,1	100	5442
Thaïlande	12,3	65,5	0,5	6,7	1,8	1,1	3,9	3,8	4,3	100	6236
<u>Amérique latine/Caraïbes</u>											
Bolivie	17,6	30,3	3,8	9,4	6,3	11,0	3,2	3,2	15,2	100	4941
Brésil <sup>1</sup>	6,6	66,2	2,2	6,9	2,6	2,3	5,4	2,2	5,7	100	3471
Colombie	8,2	64,8	2,7	6,5	3,3	2,1	4,4	1,8	6,2	100	2850
République Dominicaine	14,3	49,8	1,9	7,6	4,7	3,1	6,9	5,3	6,3	100	4133
Equateur	12,1	44,3	2,3	12,8	4,4	2,9	4,4	6,3	10,5	100	2957
Salvador	13,5	47,3	0,6	8,2	3,7	4,0	4,5	10,2	8,1	100	3164
Guatemala <sup>1</sup>	10,4	23,2	0,9	30,1	5,8	4,0	6,1	10,6	9,0	100	3377
Mexique	11,0	52,7	2,2	8,6	4,0	3,8	1,5	7,0	9,3	100	5662
Pérou	12,4	45,8	4,3	7,0	5,2	6,5	2,8	2,9	13,1	100	2900
Trinité & Tobago	18,6	52,7	2,2	4,5	1,9	1,2	5,9	6,3	6,7	100	2617

Note: Les rapports entre les grossesses voulues et mal espacées pour les femmes actuellement enceintes et aménorrhéiques au Mexique et au Zimbabwe ont été estimés à partir des chiffres régionaux.

NA: Ne s'applique pas

<sup>1</sup> Les chiffres concernent les femmes âgées de 15 à 44 ans

Source de données: Westoff et Ochoa (1991)